

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

ELLYS MARINA DE OLIVEIRA LARA

**ANÁLISE DA PRÁTICA DOCENTE EM UMA INICIATIVA EDUCACIONAL
QUE INTEGRA TEORIA E PRÁTICA EM CENÁRIOS DO SUS**

SÃO PAULO

2014

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

ELLYS MARINA DE OLIVEIRA LARA

**ANÁLISE DA PRÁTICA DOCENTE EM UMA INICIATIVA EDUCACIONAL
QUE INTEGRA TEORIA E PRÁTICA EM CENÁRIOS DO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação de Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof. Dra. Valéria Vernaschi Lima
Coorientadora: Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata

SÃO PAULO

2014

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

L318ap

Lara, Ellys Marina de Oliveira.

Análise da prática docente em uma iniciativa educacional que integra teoria e prática em cenários do SUS / Ellys Marina de Oliveira Lara. -- São Carlos : UFSCar, 2015. 74 f.

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

1. Educação e saúde. 2. Metodologias ativas. 3. Prática docente. 4. Governança clínica. I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELLYS MARINA DE OLIVEIRA LARA

**ANÁLISE DA PRÁTICA DOCENTE EM UMA INICIATIVA EDUCACIONAL
QUE INTEGRA TEORIA E PRÁTICA EM CENÁRIOS DO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação de Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17 de DEZEMBRO de 2014

Comissão Examinadora:

Presidente e Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Valéria Vernaschi Lima
PPGGC – CCBS – UFSCar - São Carlos - SP

Membro Titular: Prof.^o Dr.^o Roberto de Queiros Padilha
PPGGC – CCBS – UFSCar - São Carlos - SP

Membro Titular: Prof.^a Dr.^a. Eliana Claudia Otero Ribeiro
UFRJ – NUTES – Rio de Janeiro - RJ

*Dedico este trabalho ao Preto, por ser o amor da
minha vida, acreditar em mim e inspirar leveza e
alegria infinita ao nosso caminhar ...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida e pela incerteza do amanhã que me possibilita confiar e descansar em Seu imenso amor sabendo que Ele está no controle de tudo.

Agradeço pelas pessoas, que são as maiores riquezas que têm iluminado minha vida, por abençoarem meu caminhar e andarem comigo de mãos dadas. Faltariam folhas para destacá-las aqui em sua totalidade, mas eis algumas delas:

Meus pais, onde supostamente tudo começou. Obrigada por um dia sonharem comigo, me planejarem e nunca desistirem de me ter, mesmo demorando 5 anos. Com vocês aprendi a ser gente, descobri o que era o amor e entendi o sentido da palavra INCONDICIONAL.

Meu irmão Marcos, com quem aprendi a dividir, a argumentar, a brigar, você me ensinou a combinação perfeita entre amor, raiva, amizade e cumplicidade. Obrigada por existir, por me amar tanto e por trazer a Li pra nossa família. Te amo.

Meus queridos avós Joaozinho e Cecília, que são para mim exemplo de amor, fidelidade e companheirismo e aos Avós Nelson e Anna que dedicam aos netos orações e carinho.

Meus tios Lídia, João, Raquel e Deo e primas e primos Lia, Wagner, Vinícius, Mariana, Dênis, a pequena Manuela, Ju e Ana, por serem essa animação e alegria em nossos encontros de Porto e por me amarem genuinamente e se manterem próximos apesar da distância física.

Meus tios e primas de Itu: Nelsinho, Ângela, Bia, Dani, Beto, Néia, Mayara, Ricardo e Luzia, por sempre me acolherem com braços abertos apesar dos poucos encontros que temos.

A família do Preto que agora também é minha, sempre tão amorosa e carinhosa comigo, trazendo muitos ensinamentos. Em especial à Mariana, que Deus presenteou como irmã, confidente, amiga, psicóloga, maquiadora, cabelereira e vela preferida. Meu amor por você não cabe em palavras.

Amigos de Porto Feliz, em especial àquelas com quem aprendi o verdadeiro sentido da amizade: Carol e Jô, desde sempre envolvidas nas travessuras de infância e que até hoje são exemplo de amizade, fidelidade e companheirismo (amo vocês). À Mari, Marcelo e a pequena Melissa; Lê, Michel, Má e Sérgio e todos os outros que sempre proporcionaram momentos de alegria ao meu caminhar.

Queridas Sambudas KK e Flá, companheiras de aventuras, que tive o privilégio de conhecer, conviver, amar e que vivem num compartimento muito especial do meu coração.

Glau e Ná, componentes do trio trigemelar. Obrigada por me aguentarem por tantos anos, por me amarem, por me darem lições de vida e por serem minha família enquanto eu estava longe da minha. À Rep Day ® onde tudo acontecia e as amigas especiais que compunham o cartão VIP de acesso: Bru, Helô, Carlinha, Jessiquinha, Fer e é claro que à toda a Enf 05 100 % feminina, a melhor turma de todos os tempos!

Mário, inventor do modo “conversas infinitas e profundas”, que alegrou minhas viagens a Campinas e me fez ressignificar o sentido da amizade. Por ser daqueles que, não importa quanto tempo a gente não se fale, tudo continuará de onde parou.

Querida turma de residência multiprofissional e do mestrado da UFSCar, que abriu meus olhos para a vida profissional, me tornou mais humana e me ensinou o verdadeiro trabalho em equipe. À RED WATER, uma lugar especial de amigos e práticas, onde conheci pessoas incríveis e vi

que com união, esforço e objetivos em comum, as coisas acontecem! À toda a Equipe meus sinceros agradecimentos!

Fer (minha filha), Cá e Ju (minhas nutris), Julia e Nanda (minhas psicólogas), Neila (meu Marley), Aline (minha T.O.), vocês são muito mais do que isso! São os exemplos de amizade na Terra, os exemplos de equipe, de família! Amo vocês de uma forma muito especial! Obrigada por existirem e estarem comigo sempre.

A Fala Sério® e suas componentes Perla, Mi, Raquel e Fer, por ser a República Point que proporcionou momentos inesquecíveis na minha vida! Obrigada por fazerem parte disso!

O pessoal do Senac Campinas, alunos e professores, responsáveis por meu amadurecimento pessoal e profissional e por aumentarem minha paixão pela docência. Em especial à Claudinha, Rafa e Ju, por todo aprendizado que tive com vocês.

Amados amigos da Chácara Primavera e Comunidade da Vila, pelo acolhimento e ensinamento tão profundos que a cada dia contribuem para que eu seja uma pessoa melhor através do amor de Deus. Ká, Leo, Rachel, Thi, Paulinho, Lu, Martinha, Jader e cia...obrigada por existirem.

Os queridos amigos Ju e Igor, por tornarem Campinas mais acolhedora e por serem amigos pra todas as horas. Igor, obrigada por ser meu irmão, por ouvir meus desabafos, pela confiança, por me ensinar a consertar coisas, instalar chuveiro, pintar parede, pregar janela, pelas idas ao shopping, ao mercado, pelas caronas. Vocês são pessoas incríveis e inesquecíveis!

As queridas professoras Ramira, Giovana e Vera, responsáveis por despertarem em mim os primeiros desejos em aprender;

Waldenez, Márcia e Mariza, responsáveis pelo meu crescimento e amadurecimento na vida acadêmica e que agora tive o privilégio de reencontrar no mundo do trabalho;

A mamãe Su, que possibilitou minha resignificação do sentido de ensinar-e-aprender com seu acolhimento indescritível, competência incrível e sobretudo sua amizade e carinho.

À Valéria, por seu olhar, seu abraço, seu silêncio falado, sua calma e alma. Por acreditar, apostar, confiar e estar junto quando desistir parecia a melhor saída.

À Eliana Claudia e Padilha, pelas contribuições valiosas na banca de qualificação e defesa e pela oportunidade de estarem por perto possibilitando meu crescimento e amadurecimento pessoal e profissional.

Ao IEP/ HSL e toda sua equipe, em especial ao José Maurício e Carlos, pelo acolhimento, por oportunizarem aprendizagens profundamente significativas e o contato com pessoas incríveis, que tem gerado novas e preciosas amizades.

E aos facilitadores dos Projetos de Apoio ao SUS, sem os quais esta pesquisa não seria possível, nem toda mudança gerada em nosso Brasil. Em especial às facilitadoras de Mossoró – RN, onde o aprendizado, o entusiasmo e o constante deslocamento se fizeram presentes, sempre salpicados com muita alegria e afeto. Obrigada por acreditarem, se despirem, se transformarem e manterem a chama da possibilidade e da mudança sempre acesa, para um SUS e mundo melhores.

“A vida é uma ciranda com muitos começos.”

(Rubem Alves)

RESUMO

A partir da hipótese de que o sujeito responsável pela formação de pessoas também se forma e é modificado durante o processo de ensino aprendizagem juntamente com os indivíduos em formação, essa investigação se propõe a identificar como os docentes-facilitadores da especialização “Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - GCRS” perceberam sua prática educacional. Os facilitadores foram simultaneamente docentes do curso GCRS e alunos da especialização “Processos Educacionais na Saúde - EPES”.

Essas especializações foram construídas em parceria pelo Ministério da Saúde – MS – e o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, sendo desenvolvidas nos anos de 2011-2012 em 10 regiões do país indicadas pelo MS. Os cursos utilizaram uma abordagem construtivista e foram pautados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Essa investigação foi baseada nos princípios da pesquisa qualitativa e utilizou o Trabalho de Conclusão do Curso - TCC dos docentes-facilitadores como fonte para a coleta de dados. Nos TCC, a prática educacional dos facilitadores foi relatada em sínteses reflexivas sobre suas trajetórias de ensino-aprendizagem. Para a interpretação dos dados, foi aplicada a técnica de análise temática de conteúdo. Foram consideradas duas categorias analíticas: Prática Educacional e Prática de Cuidado em Saúde. A partir destas, foram identificadas três temáticas: (i) Desafios na graduação e pós graduação de profissionais de saúde; (ii) Construindo novas estratégias e capacidades educacionais, (iii) Dialogando com elementos da Gestão da Clínica. A primeira e a segunda temática vinculam-se à categoria analítica “Prática Educacional” e a terceira relaciona-se com a categoria “Prática de cuidado em saúde”. Uma quarta temática (iv) denominada “Transformações na vida pessoal” foi vinculada à categoria empírica “Desenvolvimento Pessoal”.

Os TCC evidenciaram o desenvolvimento do perfil de competência proposto pelo curso, com destaque para a articulação entre práticas de educação e de cuidado em saúde. As ideias de autonomia e construção de novos saberes, a partir da ampliação das capacidades de ouvir, respeitar o outro e ter tolerância com a diversidade, permearam todas as temáticas. Os sentimentos de descoberta, alegria e satisfação relatados pelos facilitadores, associados ao reconhecimento de transformações nas próprias práticas, apontaram a potência de iniciativas educacionais que integram teoria e prática

Descritores: Educação Baseada em Competências, Aprendizagem Baseada em Problemas, Docentes, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Considering the hypothesis which says that the person responsible for people education is also being educated and modified during the teaching and learning processes along with individuals this person is teaching, this investigation aims to identify how the lecturer-facilitators from the “Clinical Governance in Health Regions” specialization understood their educational practice. The facilitators were simultaneously teachers from the “Clinical Governance in Health Regions” specialization and students from the “Health Educational Processes” specialization.

Both specializations were built through a partnership between the Health Ministry – MS – and the Sírío-Libanês Teaching and Research Institute – IEP/HSL, being developed during the years of 2011 and 2012 in 10 Brazilian regions, indicated by MS. The courses utilized a constructivist approach and were guided by active methods of teaching and learning. The investigation was based upon the research qualitative principles and utilized the lecturer-facilitators Conclusion Course Thesis as the main source of data analysis. Among the thesis, the facilitators’ educational practice was reported in reflective synthesis about their teaching and learning trajectory. In order to interpret the data a thematic content analysis was applied. Two analytical categories was considered: Educational Practice and Health Care Practice. From those two categories, three thematic was identified: (i) Health professionals’ challenges in graduation and post-graduation; (ii) Building new strategies and educational capacities; (iii) Dialoguing with Clinical Governance elements. The first and the second thematic link to the analytical category “Educational Practice” and the third is linked to the category “Health Care Practice”. A fourth thematic (iv) called “Personal Life Transformations” was linked to the empirical category “Personal Development”.

The facilitators’ conclusion course thesis pointed towards the competency profile development proposed by the course, especially to the articulation among educational and health care practices. Accordingly, the autonomy ideas and construction of new knowledge, from the expansion of listening, respecting others and be tolerant to diversity, permeated all of the thematic. The feelings of discovery, joy and satisfaction reported by the facilitators, associated to the recognition of their own practice transformation point to the educational initiatives power, which integrates theory and practice.

Keywords: Competency-Based Education, Problem-Based Learning, Faculty, Health Management.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 14 |
| 1 OBJETO E JUSTIFICATIVA DO PROJETO..... | 15 |
| 2 OBJETIVOS..... | 19 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 19 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 19 |
| 3. MARCOS CONCEITUAIS | 20 |
| 3.1 MODELO DE EDUCAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE | 20 |
| 3.2 GESTÃO DA CLÍNICA NA ATENÇÃO À SAÚDE..... | 24 |
| 4. PERCURSO METODOLÓGICO..... | 28 |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA | 28 |
| 4.2 CENÁRIO | 28 |
| 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO..... | 29 |
| 4.3.1 Critérios de inclusão de participante..... | 30 |
| 4.3.2 Critérios de exclusão de participantes..... | 30 |
| 4.4 FONTE DE COLETA DE DADOS | 30 |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 31 |
| 4.6 ANÁLISE DOS DADOS | 31 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 33 |
| 5.1 PERFIL DOS FACILITADORES | 33 |
| 5.2 TEMÁTICAS..... | 35 |
| 5.2.1 Desafios na graduação e pós graduação de profissionais de saúde | 35 |
| 5.2.2 Construindo novas estratégias e capacidades..... | 39 |
| 5.2.3 Dialogando com elementos da Gestão da Clínica..... | 49 |
| 5.2.4 TEMÁTICA: TRANSFORMAÇÕES PESSOAIS..... | 58 |
| 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 59 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 62 |
| 8 ANEXOS..... | 69 |
| 8.1 ANEXO 1..... | 69 |
| 8.2 ANEXO 2..... | 71 |
| 8.3 ANEXO 3..... | 73 |
| 8.4 ANEXO 4..... | 74 |

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

| | |
|-----------|---|
| GRÁFICO 1 | Área de Graduação dos facilitadores nas Regiões de Saúde, Especialização em Gestão da Clínica, IEP/HSL e MS, 201233 |
| GRÁFICO 2 | Faixa etária dos facilitadores nas Regiões de Saúde, Especialização em Gestão da Clínica, IEP/HSL e MS, 201233 |
| GRÁFICO 3 | Experiência dos facilitadores em modalidades de educação34 |
| FIGURA 1 | Sequência de uma atividade de TBL42 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|------------|--|
| ABP | Aprendizagem Baseada em Problemas |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CONASEMS | Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários da Saúde |
| CPES | Capacitação em Processos Educacionais na Saúde |
| EAD | Ensino a Distância |
| EPES | Especialização em Processos Educacionais na Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IEP/HSL | Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa |
| IES | Instituições de Ensino Superior |
| MA | Metodologias Ativas |
| MS | Ministério da Saúde |
| PA | Projeto Aplicativo |
| PBL | <i>Problem Based Learning</i> |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PROADI-SUS | Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SWOT | <i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats.</i> |
| TBL | <i>Team Based Learning</i> |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória na Universidade, fomos inseridos desde o início em atividades práticas de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, um cenário motivador que me trazia a percepção de estar no caminho certo. Muito rapidamente surgiu a ideia de que Saúde não se faz sem Educação e o quanto essa articulação era potente e necessitava de constantes “repensagens”. Meu envolvimento com projetos de extensão com foco na Educação Popular em Saúde fez do trabalho com a comunidade algo encantador, ao mesmo tempo que trazia reflexões profundas sobre a relação mantida entre os profissionais dos serviços de saúde e os usuários destes, trazendo uma necessidade profunda de transformação da realidade. Busquei maiores aproximações com este contexto através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade que instigou ainda mais o desejo de trabalhar com os profissionais de saúde na área da educação. O desafio de olhar por diferentes perspectivas, aprender de outro jeito, sentir alegria e disposição no trabalho, conseguir cuidar dos processos inerentes ao trabalho que estavam associados à Educação Permanente em Saúde, trouxe a inquietação de dialogar: trabalho, educação e gestão.

Trabalhar dois anos como docente de um curso de formação para técnicos de enfermagem, também contribuiu para aprofundar minha experiência educacional. Os papéis do professor e do aluno e os significados dessa relação que nos acompanha desde muito pequenos se reflete nas relações entre profissional de saúde e usuário. Motivada por viver transformações, uma vez que: “quem forma se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado” (FREIRE, 2011), decidi orientar o trabalho de conclusão do mestrado em Gestão da Clínica para a investigação da prática docente numa iniciativa educacional que integra teoria e prática em cenários do SUS.

Iluminada pelos referenciais educacionais do Sociointeracionismo, da prática dialógica e dos elementos da gestão da clínica que foram aprofundados no mestrado profissional, pude construir esta investigação.

Meu contato com a aprendizagem por meio de metodologias ativas, trouxe a vivência do processo de ensino-aprendizagem de forma libertadora, com autonomia e valorização da troca de saberes e da construção coletiva. Assim, a prática docente no papel de facilitador de aprendizagem em iniciativas que usam metodologias ativas foi escolhida como foco dessa pesquisa.

1 OBJETO E JUSTIFICATIVA DO PROJETO

A partir do final do século XX e início do século XXI, a globalização tem sido um dos mais potentes movimentos das sociedades humanas que atua intensamente nos costumes, política e cultura promovendo uma tensão nos movimentos de reprodução e transformação das sociedades, das pessoas e de suas relações. Com tamanha mobilidade e facilidade no acesso às informações, as barreiras se encurtam, mesmo que virtualmente, e as oportunidades de conexões crescem proporcionalmente a isso (FERREIRA, 2006).

As influências desse mundo globalizado no modo como as pessoas vivem a vida, no seu estado de saúde e na sua inserção econômica, social e cultural tem produzido transformações na dinâmica das sociedades, sendo ao mesmo tempo, determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais. As mudanças promovidas pelos desafios da vida contemporânea se traduzem em novas demandas para a área da saúde que, progressivamente, também se transforma, quer pelo desejo do novo ou por não mais atenderem às necessidades das sociedades (BRASIL, 2011).

Os sistemas de saúde são organizações instituídas para dar respostas às necessidades de saúde da sociedade (MENDES, 2011). O modelo de atenção à saúde hegemônico nas sociedades ocidentais focaliza a doença do indivíduo e o processo de cuidado mostra-se centrado no profissional médico. Os procedimentos e a oferta de serviços representam o eixo organizador dessa modelagem que reproduz uma lógica hierarquizada e fragmentada das ações e serviços de saúde. Esse modelo de atenção fundamenta-se na dimensão biologicista, privilegia as ações curativas e imediatistas. Os atendimentos são baseados na “queixa-conduta”, não contemplando as dimensões subjetiva e social das pessoas e não incluindo as necessidades de saúde expressadas e originadas nelas. Além disso, o modelo biomédico mostra insuficiência de resultados, erros constantes e custos exorbitantes (PORTER, TEISBERG 2007).

No Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS propõe diretrizes voltadas ao acesso universal e à integralidade da atenção. O grande esforço do SUS, nas suas primeiras décadas de atuação, foi a ampliação do acesso. Essa ampliação mostrou-se insuficiente para a mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira. O desafio do século XXI encontra-se em promover um sistema integrado de saúde. Uma modelagem orientada pelo cuidado integral que focaliza a produção de saúde, ao invés do cuidado à

doença. Essa nova modelagem requer uma organização do trabalho em saúde e uma formação de profissionais de saúde distintas.

A saúde e a educação são campos integrados para as práticas de cuidado e de formação profissional, vinculando, dessa forma, o mundo do trabalho e da academia (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Nesse sentido, a ampliação do modelo biomédico, com a inclusão das dimensões subjetiva e social (CAMPOS, 2003) e a religação dos saberes especializados (MORIN, 2002), no sentido da ampliação do repertório para a identificação de necessidades de saúde e construção de planos de intervenção, constituem-se num desafio para esses dois mundos, sendo uma das bases conceituais dos modelos integrais de saúde.

No Brasil, a criação da Política Nacional de Humanização em 1994 reafirma os princípios construídos em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde: universalidade, a integralidade e a equidade da atenção, e reforça uma concepção ampliada de saúde, incluindo o conceito de qualidade de vida, o qual não se reduz à ausência de doença. Para além disso, ao colocar em reflexão o modo como os profissionais de saúde produzem o cuidado, a formulação de uma política de humanização para as práticas de atenção à saúde aponta a necessidade de resgatarmos elementos constituintes da relação entre profissionais e usuários (BRASIL, 2004).

Mendes (2007, p.15) aponta que: “os profissionais de saúde, especialmente os médicos, são socializados para prestar serviços pessoais e para ignorar a complexidade das organizações”. Ao invés de terem uma formação que promova uma cultura de compromisso com a continuidade da atenção e de modo contextualizado num sistema de saúde, são reforçadas a fragmentação do cuidado e o foco no trabalho de especialistas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2010, p.38) traz que “o trabalho ‘alienado’, submisso e acrítico é perigoso para os usuários e nocivo para a saúde dos trabalhadores, além de contribuir para a progressiva desresponsabilização dos trabalhadores em relação às decisões das quais ele não participa”.

Merhy (2003) destaca a importância do protagonismo dos sujeitos, num modelo de atenção que associa novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas no trabalho em saúde e nova ética de condução passando pela construção de novos valores, cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. Ceccim e Feuerwerker (2004) também apontam a integralidade como eixo do processo de formação dos profissionais, sempre em consonância com as necessidades de saúde da população como orientadora do cuidado e do trabalho em saúde.

Para o SUS enfrentar o desafio de se organizar como um sistema integrado de saúde e capacitar os profissionais de saúde segundo a lógica da integralidade, várias iniciativas vem sendo instituídas no sentido ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1986).

Uma das formas de valorizar os profissionais de saúde tem sido o estímulo e o acompanhamento de sua formação e capacitação em serviço. Municípios, estados e federação tem buscado a construção de estratégias educacionais que promovam o desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde – MS em parceria com o Ministério da Educação tem estabelecido políticas indutoras de transformação das práticas de cuidado e educacionais, visando a qualificação dos profissionais do SUS e a promoção de mudanças nos serviços e na graduação em saúde.

A partir da Portaria GM/MS 3276 de dezembro de 2007, uma parceria entre o Ministério da Saúde e os hospitais considerados de excelência no país, tem possibilitado a construção de propostas educacionais inovadoras para a capacitação de profissionais de saúde do SUS.

Vinculado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS, as ações de Apoio ao SUS do Hospital Sírio Libanês envolvem, entre outras iniciativas, cursos de especialização e contam com a colaboração de representantes do Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS, do Conselho Nacional das Secretarias Municipais da Saúde – CONASEMS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e de instituições de Ensino Superior do país (BRASIL, 2007).

Esses projetos educacionais buscam promover o desenvolvimento de profissionais inseridos no SUS, articulando conhecimentos, habilidades e atitudes/valores voltados para a produção de uma atenção integral à saúde das pessoas. Essas iniciativas educacionais integram teoria e prática e consideram o conhecimento e experiência prévia dos envolvidos no processo para a construção de novos conhecimentos. Promovem a proatividade e a corresponsabilização pela aprendizagem, no sentido de potencializar a transformação das práticas profissionais e institucionais (OLIVEIRA, 2013).

O curso de Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde foi uma dessas iniciativas educacionais que ocorreram em diversas regiões do país escolhidas pelos gestores do SUS. Os conteúdos de gestão da clínica aportaram conceitos, ferramentas e dispositivos para a construção de um modelo integral de atenção à saúde. Esse curso utilizou metodologias ativas de ensino-aprendizagem para a reflexão sobre as práticas

hegemônicas de cuidado e as necessidades de mudança. Por conta da metodologia escolhida, foi prevista a capacitação de facilitadores das respectivas regiões para atuarem como docentes desse curso (OLIVEIRA, 2013).

Os gestores das regiões de saúde escolhidas pelo Ministério da Saúde para sediarem o curso de gestão da clínica indicaram profissionais do SUS que tinham perfil para tornarem-se docentes destas especializações após receberem uma Capacitação em Processos Educacionais na Saúde. – CPES. Estes profissionais indicados foram convidados a preencher um memorial de sua trajetória profissional, explicar seu interesse e expectativas em participar desta iniciativa, verificar sua disponibilidade e após isso cursar uma Capacitação em Processos Educacionais na Saúde oferecida pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Os profissionais que cursaram a Capacitação e realizaram as atividades propostas, se identificaram com a metodologia do curso e obtiveram conceito satisfatório no trabalho de conclusão deste processo, assumiram a docência do curso de gestão da clínica como facilitadores de aprendizagem.

Estes docentes do curso de gestão da clínica, ao assumirem a facilitação dos grupos de especializandos de gestão, estavam também cursando a Especialização em Processos Educacionais na Saúde – EPES e foram acompanhados mensalmente em encontros presenciais de Educação Permanente preparados pelos gestores de aprendizagem do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Além disso, tiveram acompanhamento diário através da plataforma IEP Virtual.

De modo mais específico, a atuação do facilitador de aprendizagem numa iniciativa educacional que integra teoria e prática é colocada como objeto dessa investigação. Os facilitadores deste curso, por meio de narrativas sobre sua trajetória de ensino-aprendizagem, relataram suas experiências como docentes do curso de Gestão da Clínica.

A partir da hipótese de que “quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado” (FREIRE, 2013, p.25), a investigação “Análise da prática docente numa iniciativa educacional que integra teoria e prática em cenários do SUS” ganha relevância no sentido de sua dimensão avaliativa. Dessa forma, essa investigação se propõe a identificar como os docentes do curso de Gestão da Clínica perceberam sua prática educacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a prática docente numa iniciativa educacional que integra teoria e prática em cenários do SUS, segundo a perspectiva dos docentes dessa iniciativa.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a prática educacional dos docentes que atuaram como facilitadores da “Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do SUS”, em 2012, segundo suas perspectivas

- Analisar em quais dimensões o desenvolvimento de capacidades dos facilitadores integra teoria e prática, aproximando a prática educacional e a prática de cuidado à saúde.

3. MARCOS CONCEITUAIS

3.1 Modelo de educação para profissionais de saúde

Pimenta (2002) afirma que:

Ensino e aprendizagem constituem unidade dialética no processo, caracterizada pelo papel condutor do professor e pela autoatividade do aluno, em que o aluno existe para provocar a aprendizagem mediante tarefas contínuas dos sujeitos do processo. Este une, assim, o aluno à matéria, e ambos, aluno e conteúdos, ficam frente a frente mediados pela ação do professor que produz e dirige as atividades e as ações necessárias para que os alunos desenvolvam processos de mobilização, construção e elaboração de síntese do conhecimento (PIMENTA e ANASTASIOU, 2002, p. 208-9).

A concepção educacional dos cursos do IEP/HSL, assim como defendido por Pimenta (2002), está baseada nas teorias sociointeracionistas da educação, no sentido da construção de uma consciência crítica frente à realidade, de modo voltado à transformação da sociedade. Utiliza a integração teoria-prática, valorizando os saberes prévios dos participantes para a análise de problemas e busca de soluções (OLIVEIRA, 2013).

A teoria sociointeracionista promove um diálogo entre o inato e o adquirido, destacando sua interação, por meio de movimentos permanentes de reprodução/transformação de uma sociedade e cultura. Nessa abordagem ocorre uma combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais. Não há a negação do movimento de reprodução do instituído, mas o reconhecimento de que dentro dele nascem movimentos de transformação das sociedades que são históricos e socialmente constituídos (REGO, 1995).

Altet (1999, p.13) afirma que o ensino é:

Um processo interpessoal, intencional, que utiliza essencialmente a comunicação, a situação pedagógica levada a cabo pelo professor como meio de provocar, favorecer, fazer alcançar a aprendizagem de um saber ou de um saber-fazer. A aprendizagem é, ela própria, definida como um processo de aquisição, um processo de mudança [...]

Um dos pais da teoria sociointeracionista, Vygotsky, nascido em 1896 e falecido aos 37 anos, destacou o papel da escola e de pessoas mais experientes no processo ensino-

aprendizagem e no desenvolvimento humano (SOUZA FILHO, 2008) A interação com pessoas mais experientes ou com fontes de informação favorecem que os sujeitos consigam resolver problemas que não conseguiriam enfrentar com seus conhecimentos prévios (VYGOTSKY, 1988).

Jean Piaget, também nascido em 1896 e falecido com 84 anos, conquistou a atenção de educadores na década de 1980, com sua teoria sobre a psicologia da aprendizagem, que resgatou a dimensão ética e política no desenvolvimento cognitivo dos seres humanos. Sua teoria baseou-se nos movimentos de assimilação e acomodação mentais para abordagem da realidade e para o desenvolvimento cognitivo dos homens. Para ele, ensinar significa provocar desequilíbrio na mente do aprendiz que, ao procurar reequilibrar-se novamente, se reestrutura cognitivamente, produzindo aprendizagens (LA TAILE e OLIVEIRA, 1992; PIAGET, 1982). Piaget cunhou o termo “construção do conhecimento” por meio da interação com outros. Atualmente, o construtivismo abrange diversas abordagens educacionais, cuja base se fundamenta no sociointeracionismo.

A valorização dos saberes prévios dos participantes, no referido curso, foi baseada na teoria da aprendizagem significativa, que pressupõe que a partir desses são construídos os novos conhecimentos. O foco deve ser dado à compreensão dos fenômenos ao invés da memorização arbitrária de conteúdos. Visa à associação dos elementos novos com o que o estudante já sabe, construindo um significado que favoreça a aprendizagem significativa. Para existir aprendizagem significativa é preciso que o educando tenha disposição para aprender e o conteúdo a ser aprendido seja potencialmente significativo. Isso envolve a parte lógica, que depende da natureza do conteúdo e também o significado psicológico, que é decorrente da experiência que cada estudante traz (AUSUBEL, 1980).

A aprendizagem por meio de problemas é um dos importantes dispositivos para a produção de aprendizagens significativas. John Dewey, (1859-1952) e Jerome Bruner (1915-) são precursores da aprendizagem baseada em problemas. O pensamento do filósofo norte-americano John Dewey foi marcado por ideias do pragmatismo filosófico, escola que surgiu nos Estados Unidos no final do século XIX juntamente com outros pragmatistas de sua época, como: Charles Pierce (1839-1914) e William James (1842-1910). Dewey acreditava que a filosofia deveria se aproximar do universo do cotidiano de maneira prática, pragmática, substituindo o dogmatismo pelo método experimental, sendo que até então, o conhecimento era visto de maneira isolada, sem significação útil (DEWEY, 2011).

Segundo a epistemologia deweyana, durante o processo de construção do conhecimento, há uma ligação, uma conexão entre os objetos a partir da lógica, sendo que o conhecer significa perceber essas conexões de forma que haja alguma aplicabilidade no mundo atual, um espaço totalmente possível de ser transformado segundo interesses individuais e também coletivos (DEWEY, 1959).

Dewey defende a vida como experiência humana, ou seja, a aplicabilidade do conhecimento à vida prática retirando o pragmatismo do plano metafísico e colocando na mão dos sujeitos: “Quando o homem experimenta o mundo ou a realidade, ele não procura somente empreender uma ação contra eles, mas resolver seus problemas existenciais” (DEWEY, 1959, p. 230).

O pensamento deweyano também traz forte ligação com os conceitos de democracia, política e moral, sendo sua filosofia centrada no indivíduo que é educado para a vida democrática (DEWEY, 1958).

Com Jerome Bruner, psicólogo norte americano, a aprendizagem foi considerada como um processo ativo, baseado em saberes prévios. Para este autor, também, a utilização de pequenos grupos ao invés de grandes salas potencializa as interações e, por isso, a aprendizagem. Bruner valoriza a estrutura de uma matéria a ser ensinada, bem como suas ideias e relações fundamentais e acredita que o ensino deve ocorrer por meio do Método da Descoberta, por exploração de alternativas e pelo Currículo em Espiral. No método da Descoberta, o próprio aprendiz descobre problemas, lacunas e relações, que funcionam como estímulo à autoaprendizagem. Segundo esse autor, os estudantes devem preencher as lacunas para tornar a aprendizagem significativa e relevante. Em relação ao currículo em espiral, Bruner enfatiza a importância do aprendiz entrar em contato com um mesmo assunto mais de uma vez só que em diferentes níveis de profundidade e diferentes modos de representação. Após várias publicações de teorias de aprendizagem, Bruner revê que mais importante que enfatizar o ensino na estrutura da disciplina, é ensinar no contexto dos problemas que a sociedade enfrenta, defendendo que a educação é profundamente política e que sua melhoria vai para além da elaboração de um currículo (BRUNER, 1987).

Assim como a primeira organização curricular baseada em problemas -utilizada no currículo do curso médico da McMaster University, Canadá, no final da década de 1960- empregou ideias de Dewey e Bruner, o curso de especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde também utilizou essas ideias e organizou o contato com os

conteúdos da gestão da clínica por meio de situações-problema que integraram teoria e prática (BARROWS, TAMBLYN, 1980; SCHMIDT, 1993; OLIVEIRA, 2013).

O desenvolvimento do pensamento científico nas atividades do curso de especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do SUS, esteve presente no processamento das situações simuladas da realidade -construídas pelos autores do curso- e das narrativas de prática, elaboradas pelos participantes. Por meio da espiral construtivista, os participantes eram estimulados a (i) identificar o problema envolvido na situação real ou simulada; (ii) explicitar suas explicações sobre os fenômenos envolvidos na situação; (iii) formular questões de aprendizagem para buscar evidências na literatura científica; (iv) compartilhar suas informações e construir novos saberes na troca com outros participantes; e (v) realizar a metacognição, avaliando seu processo de aprendizagem (OLIVEIRA, 2013; VENTURELLI, 1997).

A ciência tem promovido a elucidação dos fenômenos, antes atribuídos às explicações míticas e mágicas (BACHELARD, 1996). Atualmente, seus desafios estão no movimento de religar os saberes excessivamente fragmentados nas disciplinas e especialidades e em reconhecer que há interesses que atuam nas produções científicas. O princípio da dialogia, que opera com o pensamento complexo, visa a articulação dos saberes, da teoria-prática, do trabalho-academia e da gestão-saúde-educação para ampliar a consciência ética na produção de novos conhecimentos (MORIN, 2010).

Como último referencial teórico para as discussões sobre modelo educacional e processo ensino-aprendizagem, os autores Paulo Freire e Humberto Maturana apoiam, respectivamente, a concepção de uma educação como (i) prática de liberdade e de autonomia, e como (ii) garantia da legitimidade do outro para ser e aprender (FREIRE, 2013; MATURANA, 2009).

Para Freire (1999) a educação é uma ato de amor e coragem onde não se pode temer o debate e a análise da realidade. Defende ainda que aprender criticamente é possível, mas para isso há a necessidade de educadores e de educandos serem criadores, inquietos, humildes, persistentes e rigorosamente curiosos. Para além de ensinar conteúdos o docente precisa ensinar a pensar certo, sendo o pré-requisito “não estarmos demasiado certos de nossas certezas” (FREIRE, 2013, p. 29).

Nosso modo habitual de vida cotidiana como seres humanos e toda a nossa condição cultural, alimenta a tendência de vivermos “num mundo de certezas, de solidez

perceptiva não contestada, em que nossas convicções provam que as coisas são somente como as vemos e não existe alternativa para aquilo que nos parece certo” (MATURANA, 2011, p. 22). Por isso há necessidade da reflexão, que é um processo de “conhecer como conhecemos”, uma oportunidade para olharmos para nós mesmos e descobrirmos nossas cegueiras. É o processo de reconhecermos que as certezas e os conhecimentos dos outros são tão frágeis quanto os nossos (MATURANA, 2011).

Maturana (2011) defende que toda reflexão ocorre necessariamente na linguagem, que é “nossa maneira particular de ser humanos e estar no fazer humano” (p.32), ideia complementada por Freire (1967, p.69) ao afirmar que “as sociedades a que se nega o diálogo — comunicação — e, em seu lugar, se lhes oferecem “comunicados”, resultantes de compulsão ou “doação”, se fazem preponderantemente “mudas”. O mutismo não é propriamente inexistência de resposta. É resposta a que falta teor marcadamente crítico”.

É na linguagem, na comunicação, na interação com o outro que ocorre o movimento simultâneo de ensinar e aprender, pois “foi aprendendo socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar” (FREIRE, 2013, p. 26).

Pautado nos princípios da educação sociointeracionista, o curso de Especialização em Gestão da Clínica buscou integrar teoria e prática educacionais dos profissionais que atuaram como docentes-facilitadores nessa iniciativa.

3.2 Gestão da Clínica na atenção à saúde

Os sentidos atribuídos às palavras gestão e administração são semelhantes e referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, em resumo, ações orientadas para o alcance de resultados vinculados à missão ou a um sentido político, governado por desejos e preferências. Dirigir e exercer poder podem se confundir, principalmente ao considerarmos a origem grega do termo política, que veio de “Polis” - cidade, como sendo a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades-estado (PEREIRA; LIMA, 2008).

Quando Taylor publicou “Princípios da Administração Científica” – obra clássica do pensamento administrativo - no início do século XX, ele pretendeu destituir a relação da gestão com a política, propondo um estilo de governar que supostamente apresentava uma escolha “científica”, baseada na então considerada a melhor padronização dos processos na produção de bens. A utilização da disciplina e do controle era justificada

pela necessidade de padronização, e a domesticação da força de trabalho foi destituída da natureza política, que passa pela discussão de interesses e valores (JORGE, 2002).

O modo taylorista na gestão ainda é bastante atual, embora tenha assumido dispositivos mais sutis para produzir disciplina e controle no trabalho, segundo os interesses das empresas. Essa racionalidade gerencial hegemônica visa controlar o trabalho humano, inserindo-o em cadeias produtivas, com supervisão ou avaliação dos resultados, para garantir que o trabalho ocorra segundo determinados padrões de qualidade. A saúde também respondeu à lógica da padronização e da necessidade de aumentar a produtividade e a qualidade de serviços e ações.

A explicação de Foucault (2008) para esse modo de gestão reafirma o componente político e aponta que nas sociedades modernas de produção capitalista, as tecnologias de poder foram construídas para gerir e controlar as multiplicidades humanas. Em ‘Nascimento da biopolítica’, esse autor destaca que:

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder (FOUCAULT, 2001, p. 155).

Para Foucault (2008), a biopolítica da espécie humana foi um poder construído nos séculos XVII e XVIII, visando a formatação e normalização de pessoas e sociedades para ajustar os indivíduos às novas relações de produção dos modelos liberais e neoliberais.

Certamente, a padronização de processos também traz benefícios na qualidade das entregas na área da saúde, mas há um tensionamento quando resulta numa excessiva normatização da vida das pessoas e automação nas relações entre profissionais e usuários, com perda da capacidade crítica e de contextualização de uma situação à luz de normas ou protocolos.

Assim, têm sido discutidas duas ênfases na gestão em saúde, especialmente a partir da gestão de serviços hospitalares. Uma, que responde à visão ‘gerencialista’ da gestão, que se justifica por serem os hospitais semelhantes às empresas e, portanto, devem buscar a padronização de procedimentos com base em evidências, na avaliação de

resultados, na acreditação e na satisfação do cliente. O extremo dessa visão, pautado pelo racionalismo administrativo, com foco tecnocrático e econômico, originou o “*managed care*”, que passou a regulamentar a tomada de decisão dos profissionais de saúde, por meio de métodos disciplinares e normativos. Esse modelo de gestão praticamente anula a autonomia dos profissionais de saúde, restringindo e regulamentando a relação profissional/paciente, com vistas nos resultados econômico-financeiros da gestão (CAMPOS, 2007).

A partir do final da década de 1990, o conceito de governança clínica ou gestão da clínica incluiu alguns elementos que trouxeram outras dimensões à discussão sobre a gestão na saúde. A sistematização desse conhecimento teve início em 1997, na Inglaterra. Num contexto de necessidade de melhorar as respostas do sistema nacional de saúde inglês, a governança clínica ou gestão da clínica propôs: (i) a responsabilização e o compromisso de todo o sistema pela oferta de cuidado; (ii) o desenvolvimento de padrões nacionais de qualidade para ações e serviços de saúde; e (iii) a organização do sistema segundo as necessidades de saúde dos pacientes, com base no trabalho colaborativo entre hospitais, serviços ambulatoriais e autoridades locais. Como resultados, a busca pela melhoria da qualidade dos serviços prestados e o aumento da confiança do público no sistema nacional de saúde (SCALLY e DONALDSON, 1998).

Mendes (2002) destacou que a gestão da clínica pode ser compreendida como a aplicação de tecnologias de microgestão nos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A organização do sistema de saúde em Redes de Atenção à Saúde, que são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistema técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, pelo Ministério da Saúde, visa ampliar e institucionalizar os espaços de cogestão e de pactuação para a chamada mesogestão (BRASIL, 2008).

O trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares subsidia a organização das redes de atenção e favorece a ampliação da clínica, uma vez que promove trocas de saberes entre os profissionais, instituindo mecanismos de corresponsabilização pelo cuidado, não apenas entre os profissionais, mas com todos os envolvidos no processo: profissionais, paciente, família, responsáveis e redes sociais.

Também de modo orientado à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas com ênfase na construção de um maior protagonismo por parte dos trabalhadores da saúde nesse desafio, busca-se uma abordagem crítica frente à gestão orientada pela normatização, padronização e controle.

Entre os elementos que caracterizam um modelo de gestão alternativo ao excessivo ‘gerencialismo’ encontra-se a valorização da relação singular construída entre usuários e trabalhadores, envolvendo-os no processo de reforma e reorganização das instituições (CAMPOS, 2007). Baseada na ampliação da dimensão biologicista da clínica, na democratização da gestão e na integração do hospital como um dos pontos de conexão de um sistema público de saúde, essas diretrizes reorientam os modelos de gestão e de atenção à saúde (CAMPOS, 2010).

A inclusão das dimensões subjetiva e social na identificação de necessidades de saúde e a democratização da gestão são elementos alinhados às diretrizes da Política de Humanização do SUS e que estimulam o compromisso dos sujeitos e seu coletivo com diferentes práticas terapêuticas. De modo também coerente com um dos pilares da gestão da clínica, chamado de “*accountability*”, essa abordagem também promove a corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde. Como diferencial, estimulam, paralelamente, o aumento da autonomia desses atores e o fortalecimento de redes de saúde, que devem estar norteados por políticas e intervenções intersetoriais pactuadas em instâncias regionais, com participação e controle social (PORTELA, 2007).

Como enfrentar esse conjunto multifacetado de demandas e perspectivas da gestão em saúde? Como promover o pensamento crítico e a organização do sistema de modo a responder com mais qualidade e efetividade às necessidades de saúde das pessoas e populações? Como lidar com padronização/controle versus autonomia e corresponsabilização? Essas e outras tensões foram trabalhadas no curso de especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do SUS, realizado em 2012, pela parceria IEP/HSL e MS.

Assim, a concepção de gestão da clínica utilizada pelo curso trabalha com uma proposta de sistemas integrados e articulados para o enfrentamento das necessidades de saúde da população, associando gestão e excelência clínica e colocando processos e produtos da macro, meso e micro gestão em saúde sob análise. As diretrizes para esta modelagem em redes de atenção à saúde estão pautadas no acesso, na integralidade, na qualidade da atenção e na segurança, visando à superação da fragmentação e

sedimentação produzidas pelos modelos hegemônicos. Na microgestão passam a ser valorizadas a ampliação da concepção de saúde e de cuidado, incluindo as dimensões subjetiva e social no processo saúde-doença (SOEIRO, 2014).

Ao valorizar a experiência e saberes de cada paciente e família, as capacidades de escuta, respeito e construção coletiva de saberes tornam-se essenciais para um cuidado centrado nas necessidades das pessoas e das populações. Nesse sentido, cabe destaque para esses elementos coincidentes nas práticas das áreas educacional e nas de cuidado à saúde. Essas coincidências podem ser observadas no perfil do especialista em Gestão da Clínica do IEP/HSL e MS (Anexo 1). Nesse contexto, a análise da prática dos facilitadores visou investigar em quais dimensões as práticas educacional e de cuidado à saúde foram articuladas.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo interpretativo-explicativo, uma vez que visa explicar as causas de um fenômeno, identificando como elas interagem para produzi-lo (NAVARRETE, 2006).

4.2 Cenário

O contexto da pesquisa foi o curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - GCRS, uma das iniciativas educacionais pertencentes aos “Projetos de Apoio ao SUS” que integra teoria e prática. Esse entendimento ocorre porque os docentes/facilitadores da referida especialização, ao mesmo tempo que conduzem os processos de ensino-aprendizagem dos especializandos, estão cursando a Especialização em Processos Educacionais na Saúde – EPES e aprimorando seu perfil de competência como facilitador.

Ambos os processos utilizaram metodologias ativas de ensino-aprendizagem fazendo uso da espiral construtivista, que é baseada nas teorias interacionistas, na integração teoria-prática, na metodologia científica, na aprendizagem significativa e na dialogia. Enquanto os facilitadores desenvolveram as atividades educacionais com os especializandos, também mantiveram sua formação por meio de encontros mensais de educação permanente com docentes do IEP/HSL, denominados de gestores de aprendizagem e um acompanhamento destes através de uma plataforma virtual interativa.

4.3 População de Estudo

Na primeira edição dos “Projetos de Apoio ao SUS”, dez regiões de saúde foram indicadas pelo Ministério da Saúde para receberem os cursos supracitados: Aracaju, Belém, Campo Grande, Florianópolis, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Manaus, Natal e Vitória. Para cada região, dois profissionais de saúde assumiram a função de docentes facilitadores, após a realização do Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde - CPES oferecido pelo IEP/HSL durante os 4 meses que antecederam a especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde.

Esta capacitação foi oferecida para profissionais indicados pelos gestores do SUS das regiões de saúde participantes. Os indicados passaram por um processo seletivo realizado pelos gestores de aprendizagem do IEP/HSL. A característica condicional dos candidatos para participarem dessa seleção foi ser um profissional com atuação no SUS.

A seleção foi baseada na análise de informações apresentadas pelos candidatos em dois formatos: um memorial sobre sua trajetória profissional e um registro de suas expectativas em relação ao curso. Alguns gestores de aprendizagem também optaram por entrevistar individualmente os candidatos e realizar dinâmicas de grupo a depender das características locais e quantidade de profissionais interessados nesta formação.

A Capacitação em Processos Educacionais na Saúde - CPES, possibilitou que os futuros facilitadores vivenciassem todas as estratégias educacionais que iriam utilizar com os especializandos mais a diante, aproximando-os da abordagem sociointeracionista, propiciando momentos de simulação de facilitação da aprendizagem, a aproximação com diversos formatos avaliativos etc. A CPES funcionou como pré-requisito para cursarem a Especialização em “Processos Educacionais na Saúde – EPES”, sendo os profissionais aprovados convidados a assumirem a docência na especialização em “Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde – GCRS”, atuando como facilitadores de aprendizagem.

A especialização EPES, cursada pelos facilitadores enquanto estes facilitavam a especialização GCRS, possibilitava o desenvolvimento e aprimoramento do perfil de competências do facilitador em ato. Mês a mês, nos encontros com os gestores de aprendizagem, a prática da facilitação era refletida e convidada a ser revista/aprimorada durante o desenvolvimento do curso.

Para o presente estudo foi constituída uma amostra de conveniência a partir do conjunto de profissionais que participaram como facilitadores da Especialização em

Gestão da Clínica. Essa amostra consistiu no sorteio de um dos dois facilitadores de cada região sede do curso de Gestão da Clínica, totalizando 10 facilitadores.

4.3.1 Critérios de inclusão de participante: participaram do sorteio aqueles facilitadores que obtiveram conceito satisfatório no Trabalho de Conclusão de Curso – TCC ao final da Especialização em Processos Educacionais na Saúde - EPES.

4.3.2 Critérios de exclusão de participantes: foram desconsiderados os facilitadores que não apresentaram TCC ou que não obtiveram conceito satisfatório no mesmo ao encerramento das atividades.

4.4 Fonte de Coleta de Dados

As especializações do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa utilizam como estratégia contínua de avaliação formativa o chamado portfólio reflexivo (Anexo 2). Este é um material construído individualmente por cada especializando do curso que contém informações relevantes a respeito de sua trajetória de aprendizagem no curso. O especializando tem a liberdade de acrescentar em seu portfólio as reflexões que julgou pertinentes, bem como seus materiais de aprofundamento e buscas na literatura, relatos de situações e atividades ocorridas durante a especialização que trouxeram significado e crescimento para ele. Estes relatos e reflexões (também chamadas de sínteses reflexivas) podem compor tanto um portfólio físico (como uma pasta com arquivos importantes, fotos, registros) quando um portfólio virtual (artigos, vídeos etc) onde os registros são realizados no computador pessoal. Este material servirá de base para a construção do trabalho de conclusão de curso dos especializandos.

Os facilitadores construíram seus portfólios pessoais durante a especialização em Processos Educacionais na Saúde e a partir destes confeccionaram os Trabalho de Conclusão de Curso – TCC seguindo um termo de referência. (Anexo 3)

Para a coleta de dados foram utilizados os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) com conceito satisfatório dos dez facilitadores sorteados, um de cada região do país.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa obteve autorização da diretoria de ensino do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para utilizar dados oriundos de documentos públicos produzidos pelos facilitadores, para obtenção do título de especialista em Processos Educacionais na Saúde. Por utilizar dados secundários, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HSL dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Cópias dos TCC foram disponibilizadas pelo IEP/HSL, com a supressão, em todo o documento, do nome dos facilitadores selecionados para integrarem a amostra. Houve o comprometimento da pesquisadora em retirar dos depoimentos qualquer menção que identificasse seu autor ou instituição ou região/sede do curso às quais estavam vinculados. Os TCC foram aleatoriamente codificados pela letra “F” seguida por um número de “01 a 10”.

4.6 Análise dos Dados

Foi realizada a análise categorial temática da análise de conteúdo (BARDIN, 2009), envolvendo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Segundo Bardin (2009), a fase de pré-análise é tida como um momento de organização após exploração sistemática dos documentos escolhidos e também engloba a formulação de hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, que não ocorrem necessariamente em ordem cronológica.

A exploração do material, que vem em seguida, serve para administrar as decisões tomadas na fase anterior e é longa e exaustiva por se tratar de enumeração, codificação dos elementos levantados, a partir das regras previamente formuladas. “Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar” (BARDIN, 2009, p.127).

Foram utilizadas duas categorias analíticas: (i) a prática educacional, na qual serão referidos os aspectos relativos às metodologias de aprendizagem, ao papel do facilitador, estratégias educacionais, processos de avaliação e transformações das práticas; (ii) prática de cuidado em saúde, na qual serão considerados os conceitos melhoria na qualidade do cuidado, integralidade de ações e serviços e modelos de atenção à saúde.

As duas categorias selecionadas vinculam-se à hipótese dessa investigação: “quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado” (FREIRE, 2013, p.25). Especialmente na área educacional, na qual a integração

teoria e prática foi absoluta por meio da prática docente dos facilitadores mas, também, na área de atenção à saúde, que embora não fizesse parte do perfil de competência para esses facilitadores (Anexo 4), permeou a maior parte das atividades nas quais os facilitadores atuaram no Curso de Gestão da Clínica. Cabe destacar que todos os facilitadores eram profissionais com atuação no SUS, o que favorece aproximações com conteúdos da área de atenção à saúde.

O tratamento e a interpretação dos resultados obtidos possibilitaram o estabelecimento de inferências, a propósito dos objetivos previstos e também de descobertas inesperadas.

Como resultados esperados, destacamos a análise das repercussões nas práticas dos facilitadores expostos a uma experiência educacional que integra teoria e prática, segundo uma abordagem construtivista da educação. A identificação de potencialidades e fragilidades no uso de metodologias ativas, assim como na abordagem dos conceitos de gestão da clínica, frente aos referenciais teóricos empregados pelo IEP/HSL e encontrados na literatura científica, podem ampliar a avaliação e melhoria das iniciativas educacionais construtivistas, voltadas à transformação das práticas dos profissionais do SUS.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos facilitadores

A análise do “perfil de ingresso” informado pelos próprios facilitadores como parte integrante dos TCC analisados revelou um grupo cuja carreira predominante foi o serviço social, com 40%, e faixa etária prevalente entre 46 a 55 anos (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1. Área de Graduação dos facilitadores nas Regiões de Saúde, Especialização em Gestão da Clínica, IEP/HSL e MS, 2012.

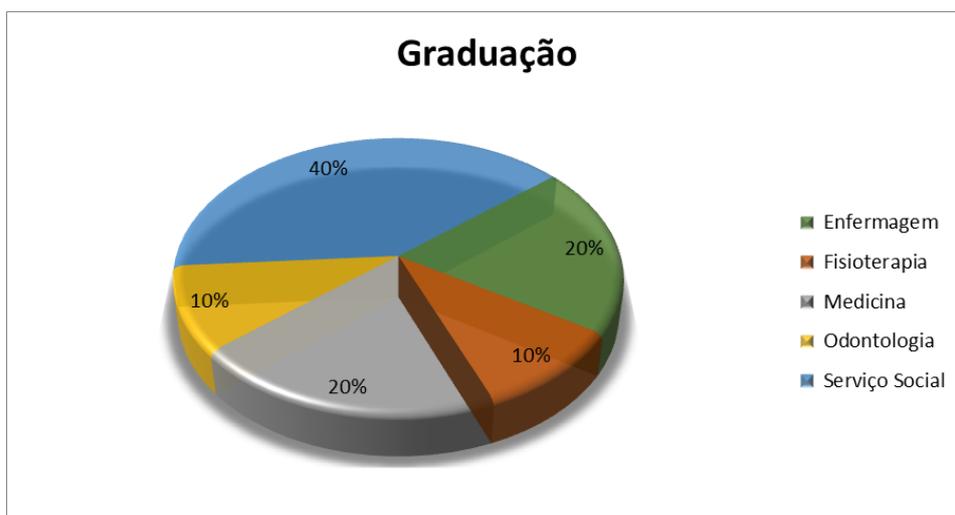


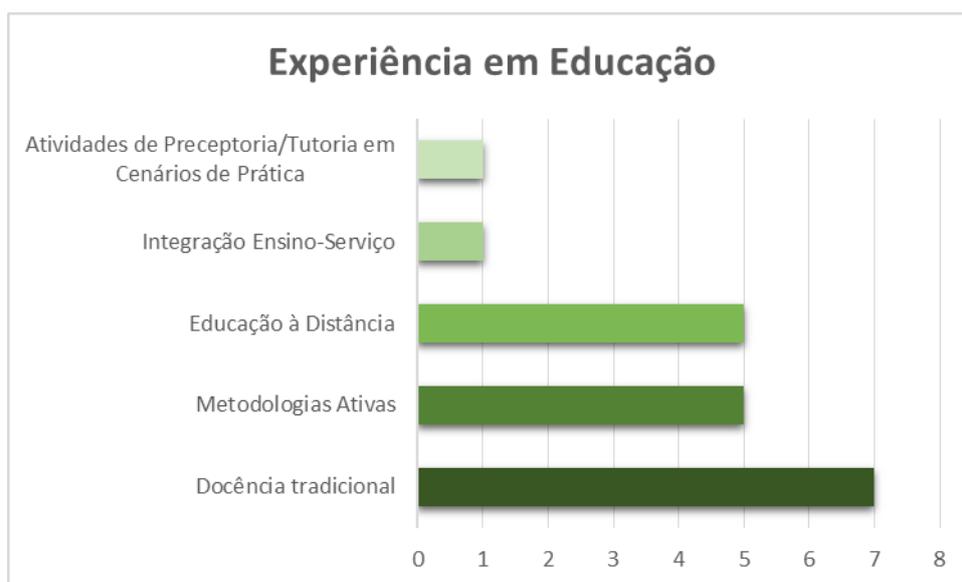
Gráfico 2. Faixa etária dos facilitadores nas Regiões de Saúde, Especialização em Gestão da Clínica, IEP/HSL e MS, 2012.



Tanto o predomínio da categoria profissional como da faixa etária chamam a atenção, considerando o foco em gestão da clínica do curso. O processo seletivo e a necessidade de dispensa do trabalho para a facilitação da especialização GCRS podem ter sido fatores intervenientes no perfil dos facilitadores.

Dos dez facilitadores da amostra, quatro possuíam experiência prévia em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e seis em docência tradicional (Gráfico 3).

Gráfico 3: Experiência dos facilitadores em modalidades de educação



A experiência prévia em educação era critério desejável, mas não obrigatório para o processo de seleção dos facilitadores. Essa opção pode ser explicada uma vez que os candidatos cursaram a Capacitação em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em metodologias ativas, como pré-requisito para atuar como facilitador. Somente após a certificação desses profissionais nesta capacitação, os aprovados foram convidados a continuar sua formação por meio de uma especialização em Processos Educacionais na Saúde – EPES (LIMA, 2014).

Desse modo, a especialização dos facilitadores em Processos Educacionais na Saúde visou integrar teoria educacional e prática docente numa atividade concreta de facilitação, desenvolvida no Curso de Especialização em Gestão da Clínica. Assim como as capacidades educacionais não foram requisito prévio para os facilitadores, também cabe destacar que o domínio de conteúdos de gestão da clínica não foram requeridos para esses facilitadores (LIMA, 2014).

Considerando que o papel de facilitador não requeria o domínio de conteúdos específicos em gestão da clínica, o curso GCRS contou com um conjunto de docentes especialistas nesses conteúdos e que foram responsáveis pela elaboração do material didático e pelo desenvolvimento de atividades que exigiam aporte teórico, atividades estas mediadas pelos facilitadores de aprendizagem.

5.2 Temáticas

A análise da prática docente a partir dos trabalhos de conclusão de curso elaborados pelos facilitadores resultou em três temáticas: (i) Desafios na graduação e pós graduação de profissionais de saúde; (ii) Construindo novas estratégias e capacidades educacionais, (iii) Dialogando com elementos da Gestão da Clínica.

A primeira e a segunda temáticas vinculam-se à categoria analítica “Prática Educacional” e a terceira relaciona-se com a categoria “Prática de cuidado em saúde”. Durante a análise dos dados surgiu uma categoria empírica (iv) “Desenvolvimento pessoal”, por meio da qual os facilitadores relacionaram sua vivência no curso às transformações pessoais. Essa categoria originou a quarta temática: “Transformações na vida pessoal”.

5.2.1 Desafios na graduação e pós graduação de profissionais de saúde

Esta temática aborda as tensões decorrentes da coexistência de diferentes modelos de formação na área da saúde, bem como de distintas organizações curriculares, a depender da intencionalidade educacional de cada iniciativa, programa ou curso. Além dessas tensões, as ideias em torno das políticas indutoras que visam transformações das práticas tanto educacionais como as de cuidado no Sistema Único de Saúde também se fizeram presentes. Nesse sentido, foram encontrados três núcleos de sentido: (a) “Disputa na Intencionalidade Educacional”, (b) “Antagonismo de Modelos” e (c) “Políticas Indutoras”.

Em relação ao núcleo “Disputa na Intencionalidade Educacional”, grande parte dos trabalhos abordou a discussão da natureza dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e das propostas de organização curricular. Vários facilitadores apontaram, ainda, para a necessidade de revisão da estrutura de formação atual na saúde, de forma a potencializar a integração ensino-serviço:

Toda proposta curricular e todo PPP tem suas raízes em alguma tradição cultural, o que implica em uma visão particularizada em que os diversos sujeitos se confrontam, mediados pelas relações de poder (F03);

As metodologias ativas reúnem novas formas de ensino-aprendizagem e de organização curricular na perspectiva de integrar teoria/prática, ensino/serviço, as disciplinas e as diferentes profissões da área da saúde, além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social (F02);

Adotam-se, então, novas formas de ensino-aprendizagem e de organização curricular na perspectiva de integrar teoria/prática, ensino/serviço, as disciplinas e as diferentes profissões da área da saúde, além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social (F05);

A estrutura interna do currículo tradicional é do tipo teórico-dedutiva. Isto implica que se parta das premissas gerais da ciência, formalizadas em disciplinas (nível abstrato) para depois abordar as situações práticas (nível concreto) como casos enquadrados nas primeiras. Supõe-se que os alunos informados da teoria realizarão uma aplicação automática e adequada diante de casos concretos (...) é fácil perceber que este tipo de currículo produz escasso avanço intelectual nos alunos, formando frequentemente cabeças bem-informadas ao invés de pessoas criativas e inovadoras (F03).

Neste sentido, apareceram alguns relatos que colocam as metodologias ativas como potenciais ferramentas para a transformação das práticas vigentes, evidenciando a necessidade da formação do profissional de saúde ser voltada à resolução das demandas sociais:

Vislumbrei aqui a possibilidade de finalmente encontrar caminhos para tentar colaborar com soluções na relação tão difícil que é o ensino-serviço. Esta é nossa experiência, principalmente quando o ensino chega depois que o serviço já está estruturado há muito tempo, composto por pessoas completamente avessas a mudanças, ao compartilhamento, avessas inclusive as mudanças e avanços do SUS (F02);

Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde (F03).

Ainda nesta temática, no núcleo de sentido denominado “Antagonismo de Modelos” foram agrupadas ideias referentes à educação tradicional e que destacaram metodologias tradicionais de ensino (educação bancária e o modelo flexneriano), além do contraponto em relação à utilização de novas metodologias para a formação em saúde:

O crescente volume do conhecimento científico torna cada vez mais difícil que as metodologias tradicionais deem conta de formar um profissional que corresponda às necessidades do mundo atual (F01);

Um grande progresso nesse sentido está na preocupação da escola com uma mudança paradigmática que permita avançar além do modelo flexneriano (publicado em 1910), que se expressa: pela analogia do corpo humano como uma máquina dividido em sistemas e funções; pelo reconhecimento da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências (concepção da história natural das doenças); pelo individualismo; pela especialização; pela tecnificação como mediação entre os profissionais de saúde e a doença; e pelo curativismo (F03);

No fortalecimento do Sistema Único de Saúde e na busca pela integralidade, humanização e qualidade da atenção à saúde, a desconstrução da lógica predominante (médico-hegemônica e hospital-centrada) se faz no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde (F07);

Considero que o objetivo de buscar a formação profissional significa que esse possa se instrumentalizar para uma prática de transformação de si, dos outros e do contexto em que estão inseridos (F05);

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem constituem um recurso importante na trajetória de mudar o atual modelo de assistência à saúde, juntamente com o trabalho em equipe, sendo também um recurso para efetivar as demandas nas relações humanas, ou seja, na troca de informação, no respeito e na comunicação (F07);

(...) a seleção das técnicas de “ensinagem”, termo que associa as ações de ensinar e de aprender exercer a função de ensinar, no contexto da saúde, tem sido um desafio, em especial à tendência de reproduzir estratégias de ensino vivenciadas pelo profissional ao exercer o papel de aluno em que o professor se mantinha no centro (F08).

Freire (1987) denomina a educação bancária como um instrumento de dominação e opressão por considerar apenas o educador como sujeito e os educandos como meros objetos do processo. O educador é que educa porque é ele quem sabe, ele é o protagonista, o ser pensante, quem opta pelos conteúdos e métodos, quem impõe a disciplina, quem diz a palavra. Em contraponto a esse papel está o educando, um receptor de conteúdos que são memorizados ingenuamente, escutam docilmente e que seguem as prescrições. Desta maneira, “a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante” (FREIRE, 1987, p. 33).

Mendes (2002) destaca que, a depender do sistema de crenças/cultura que vigore em determinado momento histórico em uma sociedade, as concepções do processo saúde-doença irão variar e surgirão os diferentes paradigmas. O paradigma Flexneriano da saúde está associado à concepção negativa de doença (saúde como ausência de doença) onde o corpo humano é comparado à uma máquina (dividido em sistemas e funções) e o individualismo, o biologicismo, o mecanicismo, a especialização, a tecnificação da atenção à saúde e o curativismo se totalmente presentes (MENDES, 2012). Embora o

modelo flexneriano ainda esteja em vigência e se faça presente no ensino das profissões de saúde, “os novos desafios da saúde – a transição demográfica, os problemas ambientais e comportamentais, a transição epidemiológica com o avanço das condições crônicas” o colocam em xeque, justamente por não ser coerente com estes desafios (MENDES, 20012, p. 125).

Em função desse contexto, os Ministérios da Saúde e da Educação justificam a indução e o apoio às iniciativas educacionais que tenham como objetivo a melhoria da performance dos sistemas de atenção à saúde, que trabalhe com competências fundamentais para que os profissionais desenvolvam um cuidado com qualidade. Os cursos de Gestão da Clínica e Processos Educacionais na Saúde fazem parte dessas iniciativas.

Nesse mesmo núcleo, apareceram os papéis do docente e discente nas metodologias tradicionais como práticas a serem superadas.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (F03);

O processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à produção do conhecimento, no qual o docente assume o papel de transmissor de conteúdos, e ao discente cabe a repetição e a retenção dos mesmos – em uma atitude PASSIVA e RECEPTIVA, tornando-se expectador, sem a necessária crítica e reflexão (F01);

[...] No primeiro momento, tendíamos a reproduzir a educação bancária, na qual fomos formados, onde o professor transmite conhecimentos, sendo os alunos depositários de conteúdos muitas vezes sem vinculação com a prática. Houve, assim, a necessidade de desconstruir determinados pressupostos e experiências, de forma a desenvolver novas competências, na facilitação da aprendizagem, onde o aluno é sujeito e protagonista do seu processo (F04).

Na pedagogia tradicional, o foco do aprendizado está direcionado especificamente ao conhecimento e à memorização de informações. Nas práticas educacionais hegemônicas há o estímulo de atividades que favorecem o acúmulo de informações por meio de repetições e estímulos positivos visando a criação de hábitos. Para reforçar esta lógica de aprendizagem, ocorre a punição dos erros como forma de estímulo para uma forma correta de pensar e agir. (BECKER, 1993). Em vários TCC, houve relatos sobre a necessidade de desconstrução de algumas concepções tradicionais para que se tornassem facilitadores. Essa necessidade foi apontada como um desafio que os facilitadores enfrentaram e que resultou em transformações das práticas educacionais por eles vivenciadas antes ao curso.

No núcleo de sentido que agrupou ideias em torno de “Políticas Indutoras” foram mencionados: o Artigo 200 da Constituição Federal, que se refere às atribuições do Sistema Único de Saúde; o Artigo 14 da Lei nº 8.080, de 1990, que descreve a necessidade da criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior; a Estratégia de Saúde da Família – ESF; a Política Nacional de Regulação; e a Política de Educação Permanente em Saúde - EPS, sendo esta última a mais citada. Essas ideias nos TCC foram articuladas à discussão da insuficiência dos modelos hegemônicos de educação e de cuidado e à necessidade de se promover mudanças nos respectivos sistemas. Várias reflexões apontaram a importância dos governos promoverem políticas indutoras de mudanças e de assumir a regulação do cuidado e a ordenação da formação de profissionais de saúde para o SUS.

A Educação Permanente (EP) tem sido uma política importante que o Ministério da Saúde, com a portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, em sua responsabilidade em âmbito nacional, de qualificar seus trabalhadores, busca novas metodologias de ensino e aprendizagem para impulsionar e fortalecer competências e habilidades, com a intenção da evolução de profissionais mais reflexivos e com competência na autoanálise (F07);

Com a Lei nº 9.394 (20/12/1996) que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, surgiu no cenário da educação superior (Art. 43) que constam como finalidades, o estímulo a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo e a prestação de serviço especializado à população (F02);

Frente à consolidação do Sistema de Saúde que tem o desafio de ser único, integral, universal e equânime, vislumbra-se que este trabalhador tenha uma bagagem humana e de valores, porém é preciso que esteja ciente do contexto social que o rodeia, comprometendo-se com a realidade e prevendo participação na mesma, completando-se como um ser ativo e não meramente expectador das situações a serem enfrentadas, ou executores de ações técnicas imutáveis (F09);

5.2.2 Construindo novas estratégias e capacidades

Esta temática aprofundou um conjunto de elementos da docência na perspectiva das metodologias ativas, que coincidiu com a ênfase do Curso de Especialização em Processos Educacionais na Saúde. Esses elementos giraram em torno: dos papéis do docente (facilitador) e discente (especializando); dos sentimentos e emoções revelados por estes atores durante a trajetória de ensino-aprendizagem; das teorias educacionais nas quais os cursos do IEP foram alicerçados; e das principais atividades educacionais criadas para o desenvolvimento do perfil de competência destes profissionais. Assim, estas ideias foram agrupadas em seis núcleos de sentido.

No núcleo de sentido denominado “Teorias Educacionais”, o sociointeracionismo, também chamado de abordagem construtivista, apareceu na grande maioria dos trabalhos

de conclusão de curso como sendo o embasamento teórico das metodologias vivenciadas. Embora a noção de construção do conhecimento tenha sido inicialmente defendida por Piaget, a abordagem construtivista incorporou os referenciais apresentados por Vygotsky e Freire que destacam uma relevância determinante do contexto e da interação com o meio nos processos de aprendizagem. Neste sentido, o homem é visto como alguém que transforma e é transformado em suas relações no contexto de sua cultura (FREIRE 2013; REGO, 1995).

A concepção de construtivismo, trazida por Carreteiro (1997), confirma que o indivíduo se constrói a cada dia numa interação de aspectos cognitivos, sociais e afetivos que envolvem o ambiente e a disposição interna de cada um, sendo o conhecimento uma construção do ser humano e não uma cópia da realidade.

Assim, as ideias relacionadas à autonomia dos educandos, à interação, à construção coletiva e à inovação permearam vários relatos agrupados no núcleo “teorias Educacionais”, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Mais do que uma conquista, a procura, a boniteza e a alegria estiveram presentes no processo que me trouxe até aqui, construído coletivamente por meio da convivência, da troca e do envolvimento legítimo com o outro e com cada um (F03);

As Metodologias Ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia (F01);

[...] havia ainda o desafio de trabalhar com uma nova metodologia, em que os alunos assumem o protagonismo de seu processo de aprendizagem (F04);

A constituição de significados parte da experiência de vida e a inserção nas diferentes realidades, porém o desfecho do processo será inovador, pois culmina com a própria autonomia do sujeito (F09);

Levamos em consideração as experiências sócio culturais de todos os atores envolvidos no processo de ensino aprendizagem (F10).

As ideias desse núcleo de sentido guardam coerência com as diretrizes educacionais dos cursos de especialização oferecidos pela parceria Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e Ministério da Saúde. Esses cursos foram baseados na teoria interacionista da educação, que defende uma abordagem construtivista do conhecimento, onde há interação entre o sujeito que aprende e o objeto. As vivências/experiências trazidas pelos participantes dessas iniciativas são valorizadas e mediadas por um docente-facilitador que motiva os participantes a buscarem ativamente novas informações e conhecimentos para a construção de novas aprendizagens (BRASIL, 2012; LIMA, 2014).

A maioria das narrativas nos TCC analisados ressaltou a importância da interação na aprendizagem, da descoberta coletiva, troca de saberes e construção do conhecimento em um grupo composto por participantes oriundos de diferentes realidades e, portanto, com diversas experiências socioculturais.

O segundo núcleo de sentido denominado “Metodologias” surgiu de modo articulado às Teorias Educacionais e é composto pelos entendimentos e reflexões dos facilitadores a respeito das metodologias utilizadas nas especializações: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na língua inglesa chamada de *Problem Based Learning* (PBL), Espiral Construtivista, Problematização, Aprendizagem Baseada em Equipes, do inglês *Team Based Learning* (TBL) e a pedagogia do diálogo ou dialogia.

Problematização e ABP [...] levam à rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando gestão participativa dos protagonistas da experiência e reorganização da relação teoria/prática (F01);

Foi utilizada a representação do processo ensino-aprendizagem através da espiral construtivista, simbolizando as diversas etapas educacionais com “movimentos articulados e que se retroalimentam” (F02);

O TBL parece-nos muito potente, pois aproxima as pessoas, facilita a produção coletiva, considerando que a maior parte do tempo é utilizada em trabalhos de equipe (F04);

... uma alternativa segura para eliminar as fronteiras entre a elaboração de conflitos de diferentes atores é o diálogo, que funciona como um potencializador na busca de soluções e permite o trabalho coletivo. O resgate da palavra e da escuta potencializa a mudança (F08);

Segundo Berbel (1998), a aprendizagem baseada em problemas - ABP chegou no final da década de 1990, nos currículos das escolas médicas brasileiras, inspirada em experiências de mais de 30 anos, naquele momento, desenvolvidas no Canadá – MacMaster University e na Holanda – Maastricht University, entre outras. Também há alguns anos, a problematização começou a ser utilizada no sul do país, tendo como referência o Método do Arco de Charles Maguerez. Essa autora ressalta que no caso da Problematização, não são necessárias grandes alterações materiais ou físicas na escola conforme acontece na Aprendizagem Baseada em Problemas, que requer uma nova configuração curricular. Embora as mudanças na Problematização estejam mais relacionadas à programação da disciplina, ambas implicam mudanças na postura do professor e do aluno, visando um olhar crítico e reflexivo diante da aprendizagem.

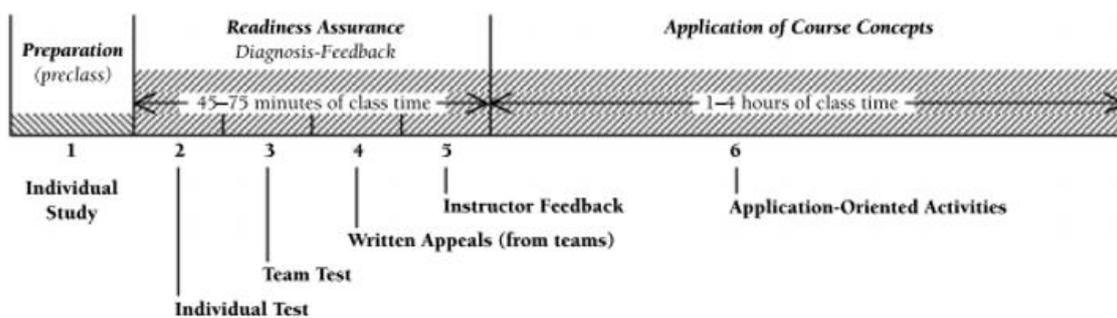
A escolha de uma metodologia que possibilite uma prática libertadora, por meio de um profissional ativo e capaz de aprender a aprender, faz sentido num contexto em

que a graduação de profissionais dura apenas alguns anos, porém a atuação em sua profissão se estende por décadas. Assim, os quatro pilares da educação do futuro apontaram por Delors (2007) - “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a viver juntos” e “aprender a ser” - mostram coerência com as abordagens pedagógicas progressistas de ensino-aprendizagem e a formação de profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas, técnicas e que envolvam raciocínio, crítica, responsabilidade e capacidade de intervenção em realidades incertas e complexas (MITRE, 2008; DELORS, 2007).

As metodologias ativas estão alicerçadas no princípio da autonomia, uma pedagogia fundada na ética, no respeito à dignidade e na própria autonomia do educando onde “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2013, p. 24). Freire também afirma que ensinar exige disponibilidade para o diálogo, que é o espaço onde o sujeito se abre ao mundo e aos outros inaugurando “com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na história (FREIRE, 2013, p. 113).

Em relação à aprendizagem baseada em equipes - TBL, outra metodologia utilizada nos cursos de especialização do IEP/HSL, Michaelsen (2008) defende que esta proporciona aos alunos uma oportunidade de praticar os conceitos do curso para resolver problemas, fornecendo tanto conhecimentos conceituais, quanto processuais. Os alunos são estrategicamente organizados em grupos e realizam testes primeiro individualmente e depois comparam seus resultados com os dos demais participantes de seu grupo de trabalho, devendo chegar a um consenso para responderem aos testes como equipe, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1¹: Sequência de uma atividade de TBL



Note: This sequence is repeated for each major instructional unit—typically five to seven per course.

¹ Fonte: *The Essential Elements of Team-Based Learning*. Larry K. Michaelsen. 2008

Um feedback imediato do docente-especialista é dado ao grupo a respeito do trabalho construído pelas equipes, onde essas são estimuladas a mostrar evidências e argumentos para defenderem suas respostas. No momento final, os grupos contam com um especialista que esclarece eventuais dúvidas provindas dos questionamentos das equipes e os assuntos trabalhados e realizam atividades de aplicação destes conteúdos (FIGURA 1).

No TBL, há especialistas que dominam os conteúdos do curso em questão e que elaboram tanto os textos, quanto os testes que são discutidos pelos participantes. Nessas atividades, os facilitadores apoiam o desenvolvimento da sequência de atividades e os especialistas discutem os testes e as respostas mais corretas para aquele contexto (LIMA, 2014)

No PBL, as situações problemas processadas pelos grupos, com apoio dos facilitadores, também são elaboradas por especialistas nos conteúdos do curso. O papel dos facilitadores nesse processamento é o de apoiar os participantes do curso a, frente uma situação-problema, reconhecerem seu conhecimento prévio, formularem questões de aprendizagem; buscarem na literatura informações consistentes e discutirem os resultados de seus estudos individuais com o grupo, para a construção de novos saberes (LIMA, 2014).

Tanto o PBL, quanto a problematização e o TBL são metodologias que estimulam a interação por meio do trabalho em equipe, do diálogo e da autonomia dos sujeitos, contribuindo assim para o desenvolvimento articulado de conhecimentos, habilidades e atitudes, com ênfase no pensamento crítico e reflexivo (LIMA, 2014)

No núcleo de sentido denominado “Atividades Educacionais” foram citados: portfólio reflexivo, oficinas de trabalho (fazer e receber críticas, matriz swot, taxonomia de Bloom), projeto aplicativo, avaliação (autoavaliação, somativa, formativa), educação a distância, grupos afinidade e diversidade, cenário simulado, círculo de cultura, TCC, narrativas, viagem, plenária, situação problema, termos de referência e educação permanente dos facilitadores.

Como nunca tinha trabalhado na perspectiva de elaborar um “portfólio reflexivo”, tive alguma resistência em iniciar a sua escrita (F01);

Os filmes propostos como atividade da viagem foram selecionados de forma bastante eficaz e provocaram questionamentos para a própria vida, fato a densidade e reflexões de abordagem de assuntos do cotidiano(F09)

A elaboração de narrativas também foi uma competência desenvolvida, explorando a capacidade de síntese e de reflexão crítica sobre nossas vivências profissionais e pessoais (F04);

A cada cinco semanas, deixávamos de ser facilitadores e passávamos a cursar os módulos do Curso de especialização em processos educacionais na Saúde, chamados de Educação Permanente (EP) (F02);

[...]foram instrumentalizados nas oficinas de trabalho, conferências, plenárias, TBL, Situações Problema, enfim, nas metodologias do processo ensino-aprendizagem realizadas durante o curso (F08);

Foi necessária paciência e boa vontade para atender a todos com presteza, respeitando o ritmo e o nível de compreensão de cada pessoa sobre o formato do TCC a ser elaborado, com base no seu Termo de Referência (F04);

A plataforma interativa, como toda ferramenta, o aprimoramento vem com a utilização, se bem utilizada fomenta as atividades e potencializa o desencadeamento de amplo espaço de debate entre os pares (F09);

As viagens se constituiriam em momentos onde o processo de ensino aprendizagem foi desencadeado a partir de filmes (F04).

Em relação ao portfólio, os depoimentos dos facilitadores foram coerentes com a proposta apresentada pelos cursos do IEP/HSL e com a concepção deste como um instrumento de aprendizagem e de avaliação, que privilegia o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, da independência intelectual e da criatividade (SÁ-CHAVES, 2000). A autonomia do participante em formular seus próprios objetivos de aprendizagem foi trazida como uma de suas principais características. Vários autores também enfatizam que o portfólio possibilita aos educandos o exercício da tomada de decisões e de escolhas sobre o modo de organizar e refletir sobre sua trajetória de aprendizagem e suas realizações neste processo (MURPHY, 1997; VILLAS BOAS, 2004).

Apesar das resistências iniciais apresentadas, o portfólio foi reconhecido pela grande maioria dos facilitadores como um instrumento importante e potente para estimular o processo de ensino-aprendizagem no curso.

Todas as atividades educacionais propostas pelo curso foram citadas no montante da amostra analisada, com destaque, para além do portfólio, dado às oficinas de trabalho, as viagens², as narrativas e a plataforma IEP Virtual que permearam a maioria dos trabalhos.

²Viagem: atividade educacional com caráter social e artístico, dentro de um contexto que contribui para a aprendizagem por meio da ativação das emoções.

Em relação ao núcleo de sentido “Papéis dos docentes e discentes nas metodologias ativas” as ideias agrupadas dizem respeito às novas capacidades requeridas para essas atuações, segundo uma abordagem construtivista e contextualizada no trabalho em saúde.

O contexto da unidade estava mais voltado às questões do cotidiano hospitalar, convivências e processos de trabalho, embora abordando as competências da gestão, educação e atenção (F02);

A inovação concentra-se no processo pedagógico e em suas múltiplas relações (cognitivo, afetivo, de habilidades) e as reformas afetam as estruturas do sistema educativo, correlacionando-as com as dinâmicas sociais e econômicas (F03).

Em alguns TCC, os facilitadores detalharam os caminhos que percorreram para que ocorressem mudanças em suas práticas, como explicitado nos depoimentos a seguir:

Para que mudanças aconteçam, o professor sabe-tudo deverá dar lugar a um professor que se propõe a aprender, e o professor-obstáculo tornar-se-á um professor agente da inovação. Além das competências específicas para o exercício de uma profissão, existem as competências próprias do docente, seja em determinada área do conhecimento, seja no domínio da área pedagógica, seja no imprescindível exercício da dimensão política da docência. Em outras palavras, na visão de educação, de homem e de mundo do professor. Transformar a educação implica, inicialmente, uma decisão política daqueles que estão envolvidos no processo (F03);

Aprendemos a aprender, a ressignificar nossas práticas, ações e emoções. A partir de agora o que era “arte de ensinar” passou a ser “arte de aprender a aprender”. Dessa forma, somos responsáveis pela formação de uma consciência crítica e reflexiva onde o protagonismo do aluno é valorizado em sua totalidade. Assim, seremos capazes de contribuir para a promoção de sua autonomia (F08).

A ruptura com a postura de mera transmissão de informações, na qual o educando assume o papel de receptáculo passivo, preocupado apenas em memorizar conteúdos e recuperá-los por ocasião de uma prova, também é apontada por Siqueira-Batista (2009) como necessária para a transformação das práticas educacionais hegemônicas.

Nos TCC analisados, também aparecem relatos que atribuem às metodologias ativas o desenvolvimento da criticidade, apontando benefícios deste movimento para a qualificação do trabalho em saúde:

As metodologias ativas proporcionaram a todos nós o direcionamento do pensamento crítico, assim como o desenvolvimento do trabalho indicando uma nova forma de elaboração e produção científica, apresentando a inovação e evolução do ensino-aprendizagem, referenciando novas possibilidades de avaliar e planejar o gerenciamento na assistência dos serviços de saúde (F02);

A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo-avaliativos, no qual o profissional participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do profissional com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções (F07).

O núcleo de sentido denominado “sentimentos e emoções” revela os principais sentimentos que se manifestam no decorrer da trajetória de aprendizagem dos facilitadores. É interessante observar como estes sentimentos se modificam conforme acontecem a vivências nas atividades:

O PA sempre traz ansiedade aos especializandos, primeiro a questão de proposição X aplicação, o que exige do facilitador certa habilidade em buscar junto aos mesmos o equilíbrio necessário para conferir a operatividade, e isto considero grande desafio (F09);

Este foi um momento de ansiedade, tanto por parte dos especializandos quanto das facilitadoras. A expectativa de iniciar um curso da magnitude do que nos foi proposto era imensa. Uma mistura de sentimentos pairava no ar: curiosidade, incertezas, dúvidas, vontade de corresponder, de conquistar o esperado e o imprevisível, de “chegar lá” (F08);

Nas rodas de apresentações a ansiedade de todos diante do desafio e medo de navegar pelo desconhecido: trabalhar com as metodologias ativas e a plataforma interativa (F02);

Nos primeiros encontros, confesso que ficava apreensiva, preocupada com o fato de que tudo tinha que acontecer da melhor maneira possível. E o tempo passou; e tudo saiu como deveria ser, ou seja, bom para todos (F10);

Fiquei feliz em perceber a riqueza das experiências e recursos relatados nos grupos. É um desafio, mas uma vez afirmo que todo esse caminho me traz dúvidas, incertezas e desejo de acertar (F05);

Ao reler minhas expectativas com relação ao curso, fiquei imensamente gratificada em sentir que consegui galgar um novo caminho com um atencioso olhar (F10);

Poder fazer um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com a emoção vivida no período de aprendizagem, em um tempo de construir com o outro o conhecimento recíproco, como foi o desafio do curso de Especialização em Processos Educacionais em Saúde, é uma experiência que expressa e proporciona, em sua forma prática, a riqueza da aprendizagem e sua evolução em busca do conhecimento, para um efetivo e verdadeiro crescimento do nosso Sistema Único de Saúde e do ser humano (F07);

Atendeu satisfatoriamente nossas expectativas, no tocante a participar, como aluna e como facilitadora, de trabalhos que envolvem a clínica e a formação em saúde. Além disso, tivemos a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar competências de facilitação de grupo em metodologias ativas. Foi-nos, ainda, por demais prazerosa a oportunidade de trabalhar em projetos de formação e

educação permanente de uma instituição de excelência, como o Hospital Sírio Libanês (F04);

Ao concluir este trabalho vários sentimentos estão aflorados: A saudade já estabelecida de um ano que a princípio se mostrava desafiador e que no seu decorrer se transformou em muito aprendizado. A certeza de ter descoberto um novo caminho, reflexivo, motivador e sem volta. Também o alívio pelo término das responsabilidades assumidas no processo de facilitação de 48 alunos (F06).

No processo educativo são indispensáveis o diálogo e a amorosidade no encontro “entre os homens que, mediatizados pelo mundo, o “pronunciam”, isto é, o transformam, e, o humanizam para a humanização de todos” (FREIRE, 1992, p. 43)

Freire (1992) acrescenta que é impossível dialogar em sentido autêntico sem que haja um profundo amor aos outros homens e ao mundo e relaciona a amorosidade também com o respeito, a humildade, a fé e a esperança.

Andreola (2000) também faz reflexões neste sentido, colocando as emoções como fatores básicos da vida humana e da educação para a existência pessoal e coletiva, enfatizando o papel dos desejos, da vontade, da decisão, da resistência, da escolha, da curiosidade, da criatividade, da intuição, da esteticidade, da boniteza da vida, do mundo e do conhecimento.

A especialização vivenciada pelos facilitadores possibilitou a vivência de muitos sentimentos e emoções com a possibilidade de refletirem sobre estes e os selecionarem para fazer parte de seu trabalho de conclusão de curso, possibilitando a ressignificação dos mesmos. Para exercer o papel de facilitador é preciso reflexão crítica sobre a prática, aceitação do novo, criticidade e capacidade de construir novos saberes. (FREIRE, 2013).

Em relação ao núcleo nomeado “Domínio de conteúdos específicos”, para além das capacidades educacionais relativas ao manejo das estratégias educacionais que foram agrupadas no núcleo papel do docente, aqui foram agrupadas as ideias relacionadas à necessidade desse professor, no papel de facilitador, de conhecer o conteúdo abordado nas atividades educacionais.

No perfil de competências do facilitador devem estar incluídas a paciência, o conhecimento, o respeito ético pelo processo pessoal e demandas do estudante, bem como saber acolher, criar vínculo e motivar ... (Fac. 4)

[...] pactuamos competências que são essenciais para ser facilitador. Fizemos, ainda, uma autorreflexão sobre as competências que cada um individualmente precisa desenvolver. Em relação a nós, sentimos ser necessário desenvolver competências de fazer críticas com amorosidade, bem como ter paciência com

o ritmo de aprendizagem de cada pessoa, dando-lhe tempo para fazer o seu caminho reflexivo e de atuação. Estas competências foram sendo trabalhadas ao longo de todo curso de capacitação, facilitada pelos exercícios que fizemos durante nossa trajetória. (Fac. 4)

O facilitador deve ser alguém com certo grau de conhecimento da matéria/ do conteúdo abordado e das metodologias ativas, objeto da sessão, capaz de conduzir o grupo de maneira hábil e madura, manejando situações limites, quando estas se apresentarem, contribuindo para que todos os participantes atinjam o objetivo a que a sessão se propôs. (Fac.4)

Cabe considerar que a experiência na facilitação de grupos nestas metodologias, também expõe o facilitador aos conteúdos abordados. Além dessa exposição nas atividades de TBL, PBL e oficinas de trabalho realizadas nos cursos de especialização do IEP, os facilitadores também orientam projetos aplicativos de transformação da realidade nos conteúdos específicos do curso.

Entretanto, esse domínio de conteúdos específicos não é uma situação *sine qua non* na condução dos grupos e não está especificado no perfil de competência do facilitador (Anexo 4). Por meio da curiosidade e comprometimento com o processo de ensino-aprendizagem dele e dos especializandos, o facilitador por si só consegue identificar as lacunas de aprendizagem pessoais e dos profissionais com os quais atua, favorecendo o reconhecimento desses para a construção de novos saberes. Sendo assim, naturalmente o facilitador se aproxima dos temas propostos pelos cursos que irá facilitar e busca conhecimentos que julga necessários, no sentido de realizar com qualidade a mediação do grupo na atividade proposta. O relato a seguir evidencia esta reflexão:

(...) na perspectiva de seguir construindo o aprendizado, a fim de apoiar os especializandos, foi necessário trabalhar os conteúdos de forma contextualizada, o que exigiu que eu buscasse um maior conhecimento e reflexão sobre a realidade. Portanto, aprender nesse curso a que nos propomos estar, significa interação com textos que possibilite trabalhar com a realidade vivenciada. Ou seja, o processo de ensino aprendizagem passa pelo valor da compreensão e apropriação da leitura possibilitando ampliar minha discussão com os grupos, desenvolvendo processo de ensino-aprendizagem significativo, levando em consideração a singularidade dos sujeitos envolvidos nessa construção de saberes. Cabe lembrar que todo esse movimento requer amadurecimento, pois se trata de um aprendizado diário, vivo e dinâmico de construção de saberes. (Fac. 8)

O facilitador deve ser alguém com certo grau de conhecimento da matéria, objeto da sessão, capaz de conduzir o grupo de maneira hábil e madura, manejando situações limites, quando estas se apresentarem, contribuindo para que todos os participantes atinjam o objetivo a que a sessão se propôs. O papel do facilitador se constitui em um processo vivencial e cognitivo, desenvolvendo competências que são transformadas em ação através da

dimensão experiencial. O facilitador deve ter competências que sejam capazes de orientar o grupo a construir aprendizagem significativa. (Fac. 4)

A problematização requer do facilitador uma mudança de postura para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno, exigindo a disponibilidade do facilitador de pesquisar, de acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante, o que frequentemente coloca o facilitador diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas, exigindo que facilitadores e alunos compartilhem de fato o processo de construção (e não apenas o de reconstrução e reelaboração) do conhecimento. (Fac. 4)

Dessa forma, a temática que traz conteúdos da Gestão da Clínica, apoiará uma melhor exploração dos deslocamentos produzidos nos facilitadores, numa área de competência que não fez parte do perfil do facilitador: a área de atenção à saúde, mas que ele se aproximou e, em alguma dimensão, dialogou.

5.2.3 Dialogando com elementos da Gestão da Clínica

A partir da categoria analítica “Prática de Cuidado em Saúde” foram agrupados cinco núcleos de sentido: “Modelo de atenção à saúde”; “Modelo de gestão em Saúde”; “Racionalidade”; “Suporte à prática Clínica”; e “Compromisso Social” que irão envolver tanto elementos da Gestão da Clínica, Governança Clínica e Clínica Ampliada, dos quais emergiu a temática “Dialogando com elementos da Gestão da Clínica”.

No núcleo “Modelo de Atenção à Saúde”, os relatos expressaram o modelo assistencial vigente e a lógica de cuidado predominante no Sistema Único de Saúde do país, bem como a necessidade de transformação deste modelo para uma clínica que favoreça a autonomia do sujeito e incorpore uma assistência humanizada:

No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde (F02);

Defende-se que a terapêutica não pode ser restringida a medicamentos e procedimentos clínicos, pois há outros recursos terapêuticos como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da ESCUTA e da PALAVRA, o apoio da EDUCAÇÃO em SAÚDE e do apoio psicossocial (F01);

Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (Fa02);

(...) encontrei um texto que foca na Clínica Ampliada como uma importante estratégia na produção de autonomia (...) colocam que não há problemas de saúde ou doença que não estejam encarnadas em sujeitos, iniciando a discussão

sobre a necessidade que a abordagem tanto da clínica como da saúde pública tem que ser ampliada (F01);

(...) os conceitos, portarias, capacitações e outras formas de abordar e valorizar a assistência humanizada, não serão capazes por si só de melhorar os serviços se todos não se permitirem as próprias mudanças, tanto o profissional, como a equipe e inclusive a família dos usuários, esta sim considerada muitas vezes responsável pelo sucesso terapêutico do paciente (...) (F02);

Esse núcleo abordou também alguns outros elementos, como: trabalho em equipe/multiprofissional, linhas de cuidado, redes de atenção à saúde, itinerário terapêutico, integralidade no cuidado, acolhimento, humanização, construção de vínculos, necessidades de saúde, equipe de referência e matriciamento:

O apoio matricial é um dispositivo para a organização e ampliação das ações em saúde, justamente por seu caráter interdisciplinar permite dispor de saberes e práticas especializadas para fazê-las existir em conjunto com as equipes e não para as equipes (F07);

Um dos grandes desafios do SUS são as redes de atenção em saúde (...) considerando os aspectos relacionados à diversidade e extensão de território, tem como desafio o cuidado integral e no correto diagnóstico de necessidades em saúde dos usuários (F05);

A integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em diversos ciclos de vida (F07);

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade (F08);

O matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizarem-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (F06).

De modo consistente e coerente com vários autores internacionais e nacionais, os facilitadores defenderam em seus TCC a necessidade de transformação das práticas de cuidado (MENDES, 2011;). Para além dos elementos comuns às práticas educacionais construtivistas, como o cuidado centrado nas necessidades dos pacientes e promoção de

autonomia, vários TCC trouxeram ideias relacionadas a aspectos específicos da área de atenção à saúde, particularmente de organização e modelagem do sistema de saúde.

Para Mendes (2011), modelo de atenção à saúde é:

Um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (p. 209).

Mendes (2011) também defende o conceito de Redes de Atenção à Saúde para superar os sistemas fragmentados de atenção à saúde, considerados pelo autor como um “desastre sanitário e econômico” em todo o mundo, principalmente por serem voltados para atender condições agudas e agudizações das condições crônicas de forma hierárquica e sem continuidade na atenção. As redes de atenção à saúde são consideradas:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população” (MENDES, 2010; p. 2300)

As discussões apresentadas nos TCC dos facilitadores coadunam com a concepção de gestão da clínica utilizadas pela especialização em Gestão da Clínica do IEP, que trata-se de uma proposta de sistemas integrados e articulados (associação de gestão e excelência clínica) para o enfrentamento das necessidades de saúde da população, conforme já apresentado nos marcos conceituais.

Em relação ao núcleo "Modelo de Gestão em Saúde", apareceram, principalmente, ideias sobre organização do processo de trabalho, planejamento estratégico e participativo, apoio institucional, melhoria da qualidade, resolutividade, processo de trabalho, decisões compartilhada, Planejamento Estratégico Situacional (PES), matriz SWOT, responsabilização e corresponsabilização.

Imaginamos, portanto que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado (F02);

Desde a construção do diagnóstico (mapa de vulnerabilidade), o projeto terapêutico deve buscar construir modos para haver uma corresponsabilização da equipe e do usuário/família (F01);

Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica e isto revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário (F02);

Estabelecer processos que consigam mobilizar essas relações de poder e redes institucionais (superando a distância entre profissionais, níveis assistenciais e a própria fragmentação das redes) com peso suficiente para disparar ações transformadoras, talvez seja a chave da porta das soluções, que permeia o aumento do acesso e da resolatividade (F09);

A resolatividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. (F02);

Importante levar em consideração alguns pressupostos, que associado à educação permanente, como o apoio institucional e o matriciamento, tornam-se ferramentas de gestão para a construção do fortalecimento da atenção à saúde (F07);

A técnica da análise SWOT integra as metodologias de planejamento estratégico organizacional, ela deve ser aplicada antes da formulação estratégica de ação. É uma ferramenta facilitadora do diagnóstico da situação que os especializandos trabalharão no projeto aplicativo (F05).

O relato de elementos/capacidades coincidentes para as áreas de competência em Gestão da Clínica e em Processos Educacionais na Saúde era um resultado esperado nessa investigação, como por exemplo: relação profissional-paciente comparada (mesmo que inconscientemente) à relação professor-aluno, autonomia do aluno e autonomia do paciente, criação de vínculos no grupo de trabalho educacional e o vínculo nas relações trabalho em saúde.

Entretanto, o diálogo com elementos mais específicos da gestão da clínica e que se expressassem nos TCC como parte da trajetória de aprendizagem dos facilitadores foi uma hipótese confirmada pelos núcleos de sentidos encontrados nessa temática e em reflexões totalmente referenciadas aos conteúdos da área de atenção à saúde que não têm coincidência com a prática educacional.

De acordo com a Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000, “O Complexo Regulador (CR) Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (F02);

É nessa perspectiva que nasce o processo de contratualização na gestão pública, em que o Estado, por meio de instrumentos contratuais, repassa a entidades não-estatais a execução de determinados serviços. Em contrapartida, o Estado permanece como responsável pelas políticas públicas, exercendo,

ainda, o papel de financiador, indutor e regulador, para que os serviços sejam prestados com qualidade e eficiência (F02);

No trabalho que executo, como Diretora de Gestão e Políticas de Saúde do Município que resido, o processo de participação ficou muito mais efetivo, porque articulamos todas as ações de planejamento, com a assistência, vigilância e relações institucionais com programações alinhadas e além de tudo, com propostas validadas considerando uma gestão de clínica mais resolutiva, que fortaleça um modelo de atenção baseado na integralidade do cuidado e dos serviços (F09).

As reflexões realizadas pelos facilitadores em seus TCC mostram coerência com a concepção de clínica ampliada que caracteriza uma determinada prática de cuidado em saúde. A clínica ampliada é uma metodologia de trabalho criada por Gastão Wagner de Souza Campos e descrita por ele na Teoria Paideia, termo grego associado à formação integral do ser humano. Essa concepção propõe uma reorganização da assistência clínica e da gestão do trabalho, envolvendo saúde, educação, relações sociais e ambiente, a partir das necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades. O método sugere a reorganização do processo de trabalho clínico-sanitário e propõe a contribuição do serviço na constituição do sujeito, com foco na cidadania e coprodução de autonomia para além da produção de bens e serviços (CAMPOS, 2006).

Os objetivos da Clínica Ampliada são: a produção de saúde, a coprodução de autonomia, a construção de sujeitos reflexivo-operativos, o combate à medicalização, a institucionalização e a dependência excessiva das pessoas pelos profissionais de saúde (CAMPOS, 2003). Propõe acolhimento com estratificação de risco, trabalho em grupos multiprofissionais e interdisciplinares denominados equipe de referência, intervenções de saúde através do projeto terapêutico singular (PTS), organização dos serviços de saúde através das unidades de produção centradas no cuidado ao paciente, a democratização da gestão com a participação dos trabalhadores na gestão e coordenadores assumindo o papel de apoiadores e a criação de colegiado gestor.

O termo “Gestão da Clínica” foi utilizado no Brasil por Mendes (2011) e tem elementos originados na Atenção Gerenciada (Managed Care) nos Estados Unidos e na Governança Clínica (Clinical Governance - National Health Service - NHS) no Reino Unido. É considerado um marco para a melhoria contínua da qualidade assistencial por sua capacidade organizacional na provisão de cuidados em saúde com foco no paciente, garantia de qualidade e na responsabilidade e compromisso dos sistemas e profissionais de saúde (PORTELA, 2008; SCALLY & DONALDSON, 1998).

A governança clínica é uma proposta de reorientação do sistema de saúde na qual as organizações de saúde são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços, garantindo elevados padrões de cuidado, criando um ambiente para o desenvolvimento de um atendimento clínico de excelência (SCALLY & DONALDSON, 1998, p.61).

Alguns quesitos para que Governança Clínica seja implementada em uma organização envolvem: uma cultura de aprendizado organizacional com a valorização da educação e da pesquisa, clima aberto e participativo e decisões tomadas baseadas em evidências; desenvolver indicadores para a melhoria da qualidade dos serviços prestados; treinamento e desenvolvimento contínuo dos profissionais; suporte à prática clínica com infraestrutura adequada; colocar o paciente no centro na assistência envolvendo-o no cuidado clínico; assegurar um ambiente de segurança; demonstrar “accountability” junto à sociedade; forte estímulo ao trabalho em equipe e a não culpabilização pelos erros cometidos (OLIVEIRA, 2008).

Os elementos relacionados à Governança Clínica e Gestão da Clínica também apareceram, de modo fundamentado, nos TCC analisados.

O núcleo denominado “suporte à prática clínica” está associado às ideias que discutiram a capacitação de equipes em saúde baseada em evidências (protocolos e diretrizes clínicas), melhorias nas condições de trabalho, suporte para que os profissionais lidem melhor com suas subjetividades, investimento em técnicas relacionais (como a escuta qualificada) e transformações dos meios ou instrumentos de trabalho. Os trechos representados abaixo exemplificam algumas dessas ideias:

(...) é necessário um investimento maior no desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF, ampliação de uma visão horizontal de programas e protocolos na prática clínica, mais ênfase em uma “visão preventiva (...) tornar os atendimentos dos clínicos mais resolutivos, ouvindo mais as necessidades dos usuários e reduzindo as listas de espera para profissionais especialistas, melhorar a política de pessoal, com salários mais justos e maior incentivo nas decisões (F07);

Faz-se necessário, uma estratégia administrativa que possibilite a expressão das diferentes categorias profissionais sendo consideradas suas peculiaridades quando se almeja a execução do trabalho conjunto, de forma harmoniosa, sendo assim, depende da dinâmica administrativa do hospital e do gerenciamento dos diversos serviços existentes nele e das possibilidades oferecidas para efetivar os princípios da humanização na prática assistencial (F08);

Muitos são os entraves encontrados nos serviços de saúde que prejudicam o funcionamento das ferramentas do SUS, os quais citaremos alguns: Má utilização das ferramentas por falta de capacitação dos funcionários;

ferramentas que não condizem a realidades das regiões em saúde; Falta de compromisso de alguns funcionários entre outros (F02);

Faz necessário o levantamento de necessidades e monitoramento dos resultados esperados a partir das ações educativas de trabalhadores de saúde. Os trabalhadores são atores ativos das cenas de formação e trabalho, os eventos afetam, modificam, produzem abalos, colocando-os em permanente produção (F07);

Preconiza que o profissional de saúde aplique a racionalidade científica considerando o saber popular, cultura, interesses e desejos dos pacientes, adaptando, com relativa autonomia, condutas diagnósticas e terapêuticas padronizadas às variações singulares (F01).

Para o Centro Cochrane do Brasil, a Saúde Baseada em Evidências é a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão em Saúde em uma abordagem que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica; da Estatística; da Metodologia Científica; e da Informática para trabalhar a pesquisa; o conhecimento; e a atuação em Saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo.

Aplicar esta necesserária qualidade ao cuidado em saúde depende também da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas. Para a Aliança Mundial da Saúde, que congrega organizações e associações de trabalhadores de saúde , “o nível de saúde, segurança e bem-estar dos protagonistas dos sistemas deve ser uma premissa e está fortemente associado à qualidade dos serviços prestados ao usuário” (OPAS, 2010; p. 9).

O curso de Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do IEP – HSL em que os facilitadores atuaram, tem como eixo central a qualidade da atenção e a segurança visando um trabalho de excelência no cuidado à saúde, utilizando o máximo benefício dos recursos disponíveis, visando a transformação de práticas e produção de tecnologia para a melhoria da saúde das pessoas, reduzindo ao máximo riscos e danos (BRASIL, 2012).

O quarto núcleo de sentido desta temática traz ideias que dizem respeito à “racionalidade” que fundamenta a compreensão e intervenção no processo saúde-doença, quer seja a racionalidade biomédica ou a da Clínica Ampliada. Os facilitadores refletem sobre a necessidade de ampliação do objeto de trabalho em saúde, onde o indivíduo deve ser considerado em sua totalidade e em seu contexto social e histórico levando em conta sua complexidade, para além da dimensão biológica.

Considerando que a saúde e a forma de concebê-la tem um processo histórico, tanto no que diz respeito às concepções de saúde-doença e do cuidado em

saúde; como também compreender a saúde no contexto social de uma realidade trouxe a questão fundamental que é a determinação social da doença (F05);

A Clínica Ampliada considera fundamentalmente ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Sendo fundamental para isso a ampliação mais importante, o entendimento que não há “problemas de saúde ou doenças” que não estejam encarnados em sujeitos (F01);

Entendendo o indivíduo como um ser completo e complexo, deverá ser cuidado para o seu perfeito restabelecimento funcional em toda a diversidade que o conceito de adoecer implica, ou seja, holisticamente, ou sempre e como um todo (F02);

A Clínica Ampliada é edificada na integração de várias abordagens, de maneira horizontal, sendo definida como uma ampliação do objeto de trabalho, a partir da inclusão de novos instrumentos pautados pela escuta correlacionada com a vida e não apenas focada na doença (F07);

Parece-me oportuno considerar que as competências exigidas na atenção a saúde, na educação e gestão deveriam então ser exercitadas em todo o processo em saúde, e sempre com o foco do pensar, para “além de”, para o contexto macro do objeto (F09).

A visão de racionalidade médica descrita por Luz (1998) é de “um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia”.

A racionalidade biomédica, herdeira da racionalidade científica do Iluminismo, se torna hegemônica na medicina no final do século XIX e privilegia os dados objetivos da realidade em detrimento aos dados subjetivos (TESSER, 2008).

Morin (2000), ao contrário da racionalidade científica, aponta os fatores multidimensionais e complexos da sociedade do ser humano sendo este “ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional” e aquela comportando dimensões “histórica, econômica, sociológica, religiosa ...” (p.38). Para esse autor, a complexidade é “a união entre a unidade e a multiplicidade” sendo o papel da educação “promover a “inteligência geral” apta a referir-se ao complexo, ao contexto, de modo multidimensional e dentro da concepção global” (MORIN, 2000; p.39).

A fragmentação do processo de trabalho que ocorreu com o advento da Revolução Industrial também atingiu o setor saúde e colaborou para a progressiva redução do objeto de trabalho através de excessiva especialização profissional. Por isso os pressupostos da Clínica Ampliada são voltados à uma ampliação do objeto de trabalho, fazendo com que

peças se responsabilizem por pessoas, não as limitando às doenças que são portadoras (BRASIL, 2009).

Ao aprofundarem suas reflexões em torno das distintas racionalidades que fundamentam as práticas de cuidado, os facilitadores ampliaram as dimensões de diálogo na categoria “Práticas de cuidado em saúde” uma vez que para além dos dispositivos e ferramentas da gestão em saúde, passaram a problematizar as explicações sobre os modos de produção do cuidado em saúde.

Entendemos que, o fato dos facilitadores terem facilitado atividades que exploraram a gestão do cuidado, de atenção e de educação na saúde no eixo acima descrito, favoreceu as reflexões apresentadas acima, estimulando a problematização de suas práticas, como profissionais de saúde, em espaços fora do curso.

O último núcleo desta temática denomina-se “compromisso social” e traz alguns relatos a respeito da necessidade de ampliar o compromisso dos sistemas e dos profissionais de saúde com as pessoas e as instituições, aparecendo também o conceito de responsabilização.

A maior riqueza do planejamento dentro da proposta metodológica do curso, esta no processo em si de planejar, da análise e discussões que levem ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho que possam criar a cultura de compromisso com a instituição da qual são gestores (F06);

Em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (F07);

Parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica e isto revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário (F02).

Para que as equipes repensem seu processo de trabalho de forma a gerar compromisso com as pessoas e organizações é preciso garantir espaços de conversa, momentos de roda que possibilitem análise dos problemas e o pensar coletivo de soluções. Estes espaços permitem a construção e sustentação do sentimento de pertencimento ao grupo, favorecendo a corresponsabilização coletiva e contratações de tarefas que permitam, além de ampliar a eficácia das práticas, qualificar o ambiente de trabalho fazendo dele um locus de realização profissional (BRASIL, 2010).

A vivência dos facilitadores nas atividades educacionais que valorizam essas diretrizes e a coincidência dessas premissas com as propostas de governança clínica e de

gestão da clínica podem ser considerados fatores que potencializaram o aparecimento desse núcleo de sentido, na temática “Dialogando com elementos da Gestão da Clínica”, apontando mais uma dimensão da integração teoria e prática, que aproximou a prática educacional e a prática de cuidado à saúde.

5.2.4 Temática: Transformações pessoais

Essa temática, originada de uma categoria empírica, revelou desdobramentos também não contemplados nos objetivos dos cursos em questão, como apontam os depoimentos a seguir.

Ao finalizar essa caminhada, percebi o quanto cresci como profissional e como pessoa, o quão valiosa foi à interação realizada tanto com os especializandos quanto nas EP com as demais facilitadoras Fac. 8)

A ambientação do curso permitiu o exercício crítico de possibilidades individuais e coletivas através das diferentes maneiras de aprender, reorientando conhecimentos prévios no contexto do trabalho e da vida pessoal, como se e com outros conhecimentos adquiridos, agora ganhassem novos sentidos e significados. (Fac. 2)

Aprendi que posso escutar e não necessariamente responder de imediato para que possa assimilar melhor o que vem...Aprendi também a só ouvir e não precisar responder. Aprendi a esperar o momento certo... me permiti observar mais do que julgar. Aprendi a aceitar que ainda preciso melhorar no sentido de ouvir opiniões diversas, divergentes da minha e ter paciência e tolerância para ouvir com respeito. Aprendi que em todos os dias posso aprender quando me coloco a disposição nesse sentido... (Fac. 5).

Buscando-me ressignificar observei que ser facilitadora do processo de ensino-aprendizagem com metodologias ativas é muito mais desafiador do que eu poderia imaginar. Por se tratar de um processo vivo de construção para o crescimento pessoal e profissional para todos os envolvidos, de forma que os sujeitos do aprendizado passam a se despir da “condição de certezas” para a construção e troca de saberes. (Fac. 8)

As ideias agrupadas nessa temática revelaram a profundidade das transformações promovidas por alguns dos facilitadores em suas vidas, a partir da experiência vivenciadas numa iniciativa educacional sociointeracionista.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero como um dos grandes destaques trazidos pela análise das vivências em metodologias ativas, nas perspectivas dos sujeitos investigados, foi a possibilidade do aparecimento de sentimentos e emoções permeando o processo de desenvolvimento de competências, particularmente da prática educacional.

De nada adiantaria compreender conhecimento, habilidade e atitudes como igualmente importantes no desenvolvimento de competência se não houvesse espaço para que esses elementos, constitutivos do perfil de competência, se manifestassem.

A escolha dos cursos do IEP em solicitar um Trabalho de Conclusão de Curso como expressão da trajetória de ensino-aprendizagem na vivência da facilitação trouxe a possibilidade de investigar uma iniciativa educacional que integra teoria e prática em cenário do SUS. Por meio da análise destes trabalhos foi possível revelar os sentidos atribuídos pelos especializandos em Processos Educacionais na Saúde à sua prática docente e às transformações provenientes desta vivência.

A trajetória de ensino-aprendizagem descrita nas narrativas dos facilitadores chama a atenção por evidenciar grande empenho e energia para o desenvolvimento da facilitação, principalmente pela necessidade constante de revisão de práticas e posturas exigidas nos processos crítico-reflexivos.

Por serem as metodologias ativas ainda pouco utilizadas quando comparadas às metodologias tradicionais, faz todo o sentido o aparecimento de depoimentos que indicaram novidade, novo, medo, incerteza, ansiedade e desafio. Por outro lado, também aparecem permeando esses relatos a alegria, o prazer, a conquista, a saudade, a amizade, o “aprender a aprender”, a transformação, a mudança, a quebra de paradigmas, entre outros sentimentos positivos.

Um dos aspectos mais valorizados pelos facilitadores diz respeito à interação na aprendizagem, evidenciada pelos trabalhos em equipe onde, segundo os relatos, se deu a construção coletiva do conhecimento. Esta experiência educacional, pautada em uma abordagem construtivista, revelou transformações nas práticas dos sujeitos envolvidos com destaque para a ampliação das capacidades crítica e reflexiva e da aprendizagem por meio do diálogo com diferentes. Sendo assim, foi possível observar uma coerência entre os resultados obtidos e os princípios do sociointeracionismo.

Embora fossem esperadas capacidades coincidentes ao perfil do facilitador e do gestor da clínica, como por exemplo, uma atuação centrada no outro

(educadando/paciente), uma ampliação da escuta, o raciocínio crítico reflexivo, essa pesquisa apontou a presença de capacidades específicas às áreas de competência da gestão da clínica nas narrativas sobre a prática educacional dos facilitadores. A hipótese para a ocorrência desse fenômeno é a de que os docentes ao facilitarem/mediarem atividades que exploraram conteúdos das áreas de gestão do cuidado, de atenção e de educação na saúde, que compoem o perfil do gestor da clínica, em algum grau se apropriaram desses saberes.

Como último destaque aponto o aparecimento da temática “Transformações pessoais” não antecipada no desenho metodológico e não contemplada nos objetivos dos cursos investigados. As transformações na vida pessoal de alguns dos facilitadores indica o potencial de mudança disparado por iniciativas sociointeracionistas, considerando as realidades dos sujeitos envolvidos.

Apesar desta investigação ter apresentado relevantes resultados no tocante à capacitação de facilitadores em iniciativas educacionais que integram teoria e prática, ainda existem grandes desafios para a utilização das metodologias ativas em espaços de formação no ensino e serviço, particularmente na área da saúde. O investimento na formação de profissionais que atuem segundo uma abordagem construtivista pode favorecer a quebra de paradigmas da educação tradicional e bancária, ainda hegemônicas, com vistas à transformação de práticas de saúde no contexto do SUS.

*“Se minha inconclusão, de que sou consciente,
atesta, de um lado, minha ignorância, me abre, de
outro, o caminho para conhecer”*

(Freire, 2013, p. 132)

7 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. T. C.; BATISTA, N. A. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, DZEMBRO 2011.
- ALTET, M. As pedagogias da aprendizagem. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
- ANDREOLA, B. A. Carta-prefácio a Paulo Freire. Em: FREIRE, P. Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.
- AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980
- BACHELARD, G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. 9a. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARROWS, H.S.; TAMBLYN, R.M. Problem-based learning. New York: Springer Press, 1980.
- BECKER, F. A epistemologia do professor: o cotidiano da escola. Petrópolis: Vozes, 1993.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu v. 2, n. 2, Feb. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01/12/2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, CONASS 2011. Coleção Para entender a Gestão do SUS. Caderno 9. Ed.20. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf Acesso em 17 Mar.2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008^a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Fundação Dom Cabral. Caderno do Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Projeto Gestão da Clínica no SUS. São Paulo. 2012. 38p. Disponível em

http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/Caderno_Gest%C3%A3o%20da%20Clinica%20nas%20Regi%C3%B5es.pdf. Acessado em 03/05/2014.

_____. Ministério da Saúde. Curso de Especialização em gestão da clínica nas regiões de saúde; Conselho Nacional dos Secretários da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Fundação Dom Cabral. São Paulo, 2012. 38p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.276 de 28 de dezembro de 2007. Estabelece que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS deverão atender as etapas de habilitação e a apresentação de projetos. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3276_28_12_2007.html> Acesso em 10 Mar.2014

_____. Ministério da Saúde. HUMANIZA- SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada. 2009. Brasília. DF

_____. Ministério da Saúde. Oitava Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF, 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 18 Mar.2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Caderno HumanizaSUS. Vol.2. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf> Acesso em 10 Mar.2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador de práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em 17 mar. 2014

_____. Ministério da Saúde e OPAS. Curso Virtual – Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/UFMG. 2010. 32 p.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Caderno HumanizaSUS v. 1. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília, 2010. P. 242

BRUNER, J. S. La importancia de la educación. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, 1987.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol.12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 849-

859. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012404>> Acessado em 07 de Ago.2013

CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. Saúde paidéia. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

_____. G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, Aug. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 23 de Jul 2013.

_____. G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, Outubro 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>. Acessado em 20/12/2014.

CARRETERO, M. Construir e Ensinar as Ciências Sociais/hist. São Paulo: Artmed, 1997

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004, vol.20, n.5, pp.1400-1410. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_arttext> Acesso em 17 Mar.2014

Centro Cochrane do Brasil. Disponível em http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13 Acesso em 15/11/2014

COUTINHO, M. T. C.; MOREIRA, M. C. Psicologia da educação. São Paulo: Lê, 1991.

DELORS, J. Os quatro pilares da educação. 2007. Disponível em <http://www.profsergio.net/delors-pilares.pdf>. Acessado em 06/12/2014

DEWEY, J. A Filosofia em Reconstrução. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1958.

_____. Democracia e Educação. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

_____. Experiência e educação. 2a. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2011.

DOWLING, W. Integrating Constructivist Principles. Art & Technology Integration ATI Workshop, 1995.

FERNANDES, J. D. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 56, núm. 4, Júlio-agosto, 2003, pp.392-395, Associação Brasileira de Enfermagem. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019641017.pdf> . Acessado em 10/10/2014.

FERREIRA, A.P.C. Tecnologia de informação controle e mundo do trabalho: pensar tecnologia na ótica do trabalhador. Revista Eletrônica de Ciências Sociais, n.11, p.14-24, 2006. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n11/02.pdf> Acesso em: 17 mar. 2014.

FOUCAUT, M. Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo. Martins Fontes. 2008

_____. História da sexualidade – A vontade de saber. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001

FREIRE, P. Comunicação e Extensão. 10. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

_____. Educação como prática da liberdade. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

_____. Pedagogia do Oprimido. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

JORGE, A.O. A Gestão Hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Tese de doutorado apresentada à pós-graduação da faculdade de ciências médicas da unicamp para obtenção do título de doutor em saúde coletiva. Orientação de Emerson Elias Merhy - São Paulo: Campinas 2002.

LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K. D. Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.

LIMA, V.V. et al. Processos Educacionais na Saúde I: 2013-2014. São Paulo: Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.51p.

_____, V.V. et al. Processos Educacionais na Saúde II: 2013-2014. São Paulo: Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.44p.

MARTINS, L. M.; DUARTE, N. Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias [online]. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2010. 191 p. ISBN 978-85-7983-103-4. Disponibilizado por Scielo Books <http://books.scielo.org>. Acessado em 01/12/2014

MATURANA, H. R. et al. Matriz Ética do Habitar Humano. Entrelaçamento de sete âmbitos de reflexão-ação numa matriz biológico-cultural: Democracia, Pobreza, Educação, Biosfera, Economia, Ciência e Espiritualidade. S.N.;S.L. 2009.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 9ª Edição – 2011.288p.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Brasília, 2011. 549 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232010000500005. Acessado em: 05/12/2014.

_____. Conferência: A promoção da saúde no limiar do século 21 2002 . Sanare.Ano III. N 1. Jan/Fev/Mar. 2002. Acesso em 30/11/2014. Disponível em <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/96/88>

_____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p. Disponível em : http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em 04/09/2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Acessoria de Normalização. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais, MG. Maio,2007. Disponível em http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf> Acesso em 17 Mar 2014.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. ET AL; Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo:Hucitec,2003. Cap.3,p. 112 – 116.

MICHAELSEN L. K e SWEET M. The Essential Elements of Team-Based Learning. Disponível em https://teamlead.duke-nus.edu.sg/vapfiles_ocs/2011/edu/Essential_Elements.pdf . NEW DIRECTIONS FOR TEACHING AND LEARNING, no. 116, Winter 2008 © Wiley Periodicals, Inc. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) • DOI: 10.1002/tl.330

MITRE, S. M. [et al]. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, Dezembro 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acessado em 06/12/2014.

MORIN, E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI.2a.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. Os sete sabers necessários à educação do futuro. 2ª Edição. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

_____. Para onde vai o mundo? Petrópolis: Vozes, 2010.70 p.

MURPHY, S. Teachers and students: reclaiming assessment via portfolios. In: YANCEY, K.B.; WEISER, I. (Ed.). Situating portfolios: four perspectives. Logan, Utah: Utah State University Press, 1997. p.72-88.

NAVARRETE, M. L. (org.). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. 2006.

OLIVEIRA, F.B. Gestão da clínica ampliada: sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008. Orientador: PORTELA, M. C.; SÁ, M. C. CDD – 22ª EDIÇÃO. Rio de Janeiro. 2008.

OLIVEIRA, M.S. et al. Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde: caderno do curso 2013. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2013.38p.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. – 2.ed.rev.ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PIAGET, J. O nascimento da inteligência na criança. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 389 p.

PIMENTA, S.G ; ANASTASIOU, L.G.C. Docência e ensino superior, do ensinar a ensinagem. São Paulo: Cortez, 2002. Coleção Docência em Formação.

PORTELA, M. C. Accountability e qualidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de Mar. 2014.

PORTELA, M. C. [et al]. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Feb. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200004&lng=en&nrm=iso. Acessado em 05/12/2014.

PORTER, M.E.; TEISBERG,E.O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

REGO, T.C. Vygotsky: uma perspectiva Histórico-Cultural da Educação. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

SÁ-CHAVES, I. Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2000 (Cadernos didáticos.Série Sup.1).

SAKAI, M. H.; LIMA, G. Z. PBL: uma visão geral do método. Londrina, Olho Mágico, v. 2, n. 5/6, n. esp., 1996.

SANO. H. Nova gestão pública e accountability: O caso das organizações sociais paulistas. São Paulo, 2003. Disponível em:

<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/os/03.10.15-DISSERTACAO-HIRO.pdf> . Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação na FGV/EAESP Área de Concentração: Governo e Sociedade Civil no Contexto Local como requisito para obtenção de título de mestre em Administração Pública e Governo. Orientação: Prof. Dr. Fernando Luiz Abrucio.

SCALLY, G.; DONALDSON L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 4 de julho de 1998; 317(7150): 61–65p.

SCHIMIDT, H.G. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. *Med Educ* 27: 422-32, 1993;

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SIQUEIRA-BATISTA, Rômulo. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1183-1192. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400024. Acesso em: 07 abr. 2014.

SOEIRO, E. [et al]. *Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde: caderno do curso 2014*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Ministério da Saúde. 2014.

SOUZA FILHO, M. L. Relações entre aprendizagem e desenvolvimento em Piaget e Vygotsky :dicotomia ou compatibilidade? *Rev. Diálogo Educ.*, Curitiba, v. 8, n. 23, p. 265-275, jan./abr. 2008. Disponível em <file:///C:/Users/Marcos/Downloads/dialogo-1840.pdf>. Acessado em 11 de junho de 2014.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, Feb. 2008 . Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso. Acessado em 05/12/2014.

VENTURELLI, J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington (DC): OPS/OMS;1997. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000,5)

VILLAS BOAS, B.M.F. *Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico*. 3ª Ed. Campinas (SP):Papirus. 2004.

VYGOTSKY, L.S. *A Formação Social da Mente*. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1

Registro do perfil do especializando no momento do ingresso no Curso de Especialização em Processos Educacionais na Saúde

| Registro do perfil do especializando no momento do ingresso no Curso de Especialização em Processos Educacionais na Saúde | |
|--|--|
| Sexo: () masculino () feminino | |
| Idade: () até 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos () 46 a 55 anos () 56 a 65 anos () acima de 65 anos | |
| 1. Curso de graduação e ano conclusão: | |
| 2. Pós-graduação: | |
| | 2.1. Pós-Graduação Lato Sensu (especialização): () Não () Sim Especificar: |
| | 2.2. Residência: () Não () Sim Especificar: |
| | 2.3. Mestrado: () Não () Sim Especificar: |
| | 2.4. Doutorado: () Não () Sim Especificar: |
| 3. Experiência em pesquisa: () Não () Sim | |
| 4. Experiência em gestão na área da saúde: | |
| 4.1. Gestor: () Não () Sim | 4.3. Coordenador: () Não () Sim |
| 4.2. Gerente: () Não () Sim | 4.4. Diretor: () Não () Sim |
| 4.5. outro especificar: | |
| 5. Experiência em educação: | |
| 5.1. Em docência tradicional: () Não () Sim | 5.4. Em integração ensino-serviço: () Não (x) Sim |
| 5.2. Com metodologias ativas: () Não () Sim | 5.5. Em atividades de preceptoría e/ou tutoria em cenários de prática: () Não () Sim |
| 5.3. Em Educação à Distância: () Não () Sim | |
| 6. Experiência em atenção à saúde: | |
| 6.1. Cuidado individual: () Não () Sim | 6.2. Cuidado coletivo: () Não () Sim |

| | | |
|--|---|--|
| | 6.3. Atenção Primária ou ESF: () Não (x) Sim | 6.4. NASF: () Não () Sim |
| | 6.5. Atenção Especializada: (x) Não () Sim | 6.6. Urgência e Emergência: () Não () Sim |
| | 6.7. Hospitalar: () Não () Sim | 6.8. outro especificar: |
| 7. Experiência em Apoio Técnico à Atenção à Saúde: | | |
| | 7.1. Apoio Diagnóstico e Terapêutico: () Não () Sim | 7.2. Assistência Farmacêutica: () Não () Sim |
| | 7.3. Vigilância: () Não () Sim | 7.4. Informação: () Não () Sim |
| | 7.5. Saúde Coletiva: () Não () Sim | 7.6. Regulação: () Não () Sim |
| | 7.7. Grupos/Equipes Técnicas: () Não () Sim | 7.8. outro especificar: () Não () Sim |
| 8. Comentários: | | |

8.2 Anexo 2

Perfil de Competência do gestor da clínica, Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, IEP/HSL, 2012.

| ÁREA DE COMPETÊNCIA: GESTÃO EM SAÚDE | |
|--|---|
| AÇÕES-CHAVE | DESEMPENHOS |
| Promove o desenvolvimento do trabalho em saúde de modo orientado aos resultados | <p>Identifica problemas no trabalho em saúde</p> <p>Estimula o levantamento de necessidades e demandas de saúde, visando à construção de um cuidado integral à saúde das pessoas.</p> <p>Favorece a expressão de ideias e dúvidas e promove uma análise ampliada das necessidades e demandas identificadas. Promove a análise do contexto externo, identificando atores envolvidos, oportunidades e obstáculos à produção de saúde. Estimula a identificação de potencialidades e os aspectos que requerem melhoria, tanto em relação ao serviço/instituição/rede como em relação aos profissionais, analisando os fatores críticos a serem enfrentados para o atendimento das necessidades e demandas de saúde identificadas.</p> <p>Reconhece existência de interesses antagônicos ao analisar os contextos interno e externo, evitando reducionismos e buscando uma perspectiva de complementaridade, mediação, diálogo entre as diferentes visões. Promove o desenvolvimento do pensamento estratégico e utiliza ferramentas do planejamento para selecionar e priorizar problemas, estimulando o uso de dados e indicadores que objetivem e caracterizem as necessidades e demandas identificadas.</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 potencialize a agregação das pessoas em torno da melhoria da atenção à saúde e da busca por resultados que agreguem valor à saúde e à qualidade de vida das pessoas e da sociedade.</p> |
| | <p>Constrói e negocia sucessivos planos de ação</p> <p>Utiliza movimentos de negociação e de construção de consensos para a definição da estratégia e das ações do plano. Participa da elaboração de ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e alcance dos resultados pactuados.</p> <p>Participa da definição de metas e etapas, levando em conta o momento político, a gestão de pessoas e os aspectos de infraestrutura, materiais, equipamentos e financiamento, de modo orientado aos resultados pactuados. Participa da definição dos responsáveis, prazos, resultados esperados e do apoio para o desenvolvimento das ações.</p> <p>Favorece a utilização de informações e dos elementos que agreguem valor na tomada de decisão, utilizando indicadores e as melhores práticas e evidências científicas. Promove a tomada de decisão compartilhada, utilizando dispositivos que favoreçam a participação e a co-responsabilização. Busca um enfrentamento positivo e construtivo para as diferenças, reconhecendo que os conflitos são inerentes às relações interpessoais.</p> <p>Estimula a socialização de informações de modo a contribuir para o comprometimento dos profissionais de saúde com os resultados, paralelamente à ampliação da autonomia e da criatividade dos envolvidos.</p> |
| Acompanha e avalia o desenvolvimento do trabalho em saúde e os resultados alcançados | <p>Acompanha o desenvolvimento do trabalho em saúde, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos, assim como padrões de referência para análise de processos e produtos do programa, serviço de saúde, instituição ou rede. Promove uma análise contextualizada dos resultados obtidos, estimulando a identificação das facilidades e dificuldades encontradas na realização das ações e no alcance dos resultados pactuados.</p> <p>Favorece a oferta e formalização de espaços para educação permanente, avaliação formativa, apresentação dos resultados alcançados 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. Busca o menor dano possível nas situações em que houve falhas, assumindo e estimulando o reconhecimento de responsabilidades. Promove uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos, produtos e resultados.</p> <p>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. Reconhece as conquistas realizadas e explora os eventos adversos de modo que profissionais e instituição aprendam com os erros, visando evitá-los. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo a orientá-las por resultados que agregam valor à saúde e à qualidade de vida das pessoas e sociedade.</p> |

| ÁREA 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 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, levando em conta 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 linhas de cuidado e 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 linhas de cuidado e projetos terapêuticos eficazes, eficientes, efetivos e seguros. Constrói o projeto terapêutico com apoio da equipe, de modo a agregar o valor necessário ao atendimento das necessidades de saúde identificadas. Constrói a linha de cuidado articulando ações e serviços em função da garantia do acesso, da continuidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde. Compartilha decisões, fortalecendo o trabalho em equipe e a autonomia dos usuários. |
| Avalia a atenção à saúde dos usuários | Acompanha e avalia linhas de cuidado e projetos terapêuticos | Acompanha e avalia produtos, resultados e impacto das ações formuladas nos projetos terapêuticos e linhas de cuidado, considerando a articulação com os demais serviços das redes de atenção à saúde. Utiliza os sistemas de informação para a análise de produtos e resultados, valorizando a escuta qualificada de usuários e trabalhadores na avaliação dos serviços, das linhas de cuidado e dos projetos terapêuticos. Presta contas e promove ajustes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência, eficácia e efetividade, considerando que as escolhas devem estar pautadas pelo valor agregado à qualidade de vida e à saúde dos usuários. |

| ÁREA DE COMPETÊNCIA EDUCAÇÃO EM SAÚDE | | |
|---|--|--|
| AÇÕES-CHAVE | | DESEMPENHOS |
| Identifica necessidades 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 na produção do cuidado. Mostra persistência e paciência em relação aos diferentes tempos de aprendizagem das pessoas e das equipes. Utiliza a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem, respeitando o conhecimento prévio de cada um e levando em conta o contexto sócio-cultural individual, do serviço, da instituição ou rede. |
| Promove e avalia ações educacionais | | Promove o desenvolvimento de ações educacionais voltadas às necessidades de aprendizagem, valorizando os saberes prévios. Incentiva e favorece o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação das limitações e dificuldades. Estimula e busca a atualização de conhecimentos e a busca por inovações. Incentiva e desenvolve a capacidade de investigação e de busca de evidências científicas e das melhores práticas, realizando a avaliação crítica das informações encontradas. Estimula a construção coletiva de conhecimento nas oportunidades do processo de trabalho e participa de espaços de educação permanente. Promove a educação pelo exemplo e atua como apoiador ou consultor de profissionais com os quais trabalha. Monitora e avalia processos, produtos e resultados relacionados às atividades educacionais realizadas. Utiliza acertos e erros como insumo de aprendizagem profissional e organizacional. |
| Apoia a produção de novos conhecimentos | | Identifica a necessidade de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde. Apoia o desenvolvimento ou participa da produção científica ou tecnológica na sua área de atuação, por meio de pesquisas orientadas por princípios ético-científicos e voltadas para a geração e disseminação de conhecimentos relevantes à produção da saúde das pessoas e à qualidade de vida da sociedade. |

8.3 Anexo 3

Termo de Referência para elaboração do trabalho de conclusão de curso

Uma das avaliações no curso consiste na elaboração de uma síntese crítico-reflexiva sobre a trajetória de construção de aprendizagem e de realizações pelo especializando que cumprirá o papel do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. O TCC é uma produção individual que deve ser construída com base no portfólio. O trabalho deve consistir de duas partes:

Parte I

Uma síntese que reflita os movimentos de aprendizagem a partir da participação no curso, destacando as realizações alcançadas no processo e evidências do ponto de chegada, cuja referência é o perfil de competência do especialista apresentado no Caderno do Curso ao qual está vinculado. As evidências e reflexões devem ser fundamentadas e dar visibilidade aos ganhos e mudanças na prática profissional. Essa síntese pode conter até 30 páginas incluindo referências.

Parte II

Evidências documentais do ponto de partida que deverão constar como anexos:

- ✓ Memorial da trajetória profissional (narrativa reflexiva): documento elaborado no início do curso;
- ✓ Registro de expectativas elaborado no início do curso;
- ✓ Questionário do perfil de ingresso segundo as áreas de competência (ver Apêndice 1).

O especializando deverá organizar o conjunto de informações de tal forma que a leitura permita acompanhar a trajetória vivenciada e os impactos produzidos.

8.4 Anexo 4

Perfil de competência do facilitador do processo ensino-aprendizagem, IEP/HSL

| <i>Área Educacional</i> | |
|--|--|
| <i>Ações-chave</i> | <i>Desempenhos</i> |
| <i>Identifica necessidades de aprendizagem</i> | <p>Identifica necessidades, lacunas ou hiatos de aprendizagem pessoais e dos profissionais com os quais atua, favorecendo o reconhecimento desses para a construção de novos saberes.</p> <p>Identifica oportunidades de aprendizagem, considerando o contexto externo e interno da organização ou projeto no qual está envolvido, com postura aberta às diferentes perspectivas.</p> |
| <i>Desenvolve ações educacionais e facilita processos de ensino-aprendizagem</i> | <p>Promove atividades educacionais presenciais e a distância, baseadas nas necessidades de aprendizagem identificadas, de modo a favorecer uma educação significativa e a transformação da realidade. Favorece o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender ao longo da vida, valorizando os conhecimentos prévios dos participantes ao mesmo tempo que estimula novas aprendizagens.</p> <p>Promove a aprendizagem a partir da reflexão sobre o cotidiano do trabalho de cuidado à saúde, de gestão em saúde e de educação na saúde. Incentiva a utilização dessas experiências e vivências para a construção de pontes com os disparadores de aprendizagem usados nas atividades educacionais.</p> <p>Estimula a capacidade de investigação, de análise e síntese, apoiando a avaliação crítica das informações e fontes encontradas. Utiliza a troca de saberes e de experiências para ampliar a leitura da realidade dos participantes e promover a construção de conhecimentos e novos significados. Favorece e apoia processos de criação, disseminação e compartilhamento de saberes orientados ao desenvolvimento de competência dos participantes.</p> <p>Apoia a construção de projetos aplicativos, considerando a identificação de problemas e a construção de soluções voltadas à inovação e à transformação da realidade dos participantes. Promove a formulação de soluções contextualizadas e orientadas a viabilizar uma atenção à saúde, gestão em saúde ou educação na saúde com qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.</p> <p>Participa da educação pelo exemplo e mostra persistência e paciência em relação aos diferentes tempos de aprendizagem das pessoas, incentivando o desenvolvimento de novas capacidades orientadas pelo perfil de competência desejado.</p> |
| <i>Avalia ações e processos educacionais</i> | <p>Faz e recebe críticas de modo ético e respeitoso. Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas dos processos educacionais.</p> <p>Mostra responsabilidade, compromisso e aperfeiçoamento no desempenho de seu papel como educador e na entrega de formatos de avaliação ou relatórios reflexivos sobre as ações e processos educacionais realizados.</p> |
| <i>Área de Gestão: organização do trabalho educacional</i> | |
| <i>Ações-chave</i> | <i>Desempenhos</i> |
| <i>Identifica obstáculos e oportunidades no trabalho educacional</i> | <p>Identifica obstáculos e oportunidades para o trabalho educacional, levando em conta as potencialidades e limitações das instituições envolvidas, do Sistema Único de Saúde e de outras políticas nacionais de saúde, educação e de integração ensino-serviço. Favorece o reconhecimento de responsabilidades e compromissos de todos os envolvidos no trabalho educacional, buscando a construção de uma relação ética, solidária e transformadora.</p> <p>Promove a identificação de problemas no cenário onde são desenvolvidas as atividades educacionais nas quais atua como facilitador, incluindo uma análise de estrutura, processos e recursos necessários à realização dessas atividades.</p> |
| <i>Área de Gestão: organização do trabalho educacional</i> | |
| <i>Ações-chave</i> | <i>Desempenhos</i> |
| <i>Promove o desenvolvimento do trabalho educacional</i> | <p>Comunica a identificação de desafios e problemas à governança do trabalho educacional, compartilhando ideias para a organização do trabalho, superação de dificuldades e utilização de oportunidades. Promove a racionalização e otimização de recursos, visando a um melhor desenvolvimento do trabalho educacional. Atua com prontidão em situações imprevistas, assumindo responsabilidade e buscando alternativas para preservar os objetivos do trabalho educacional. Participa das atividades de educação permanente com postura reflexiva, aberta e respeitosa, visando à melhoria do trabalho educacional.</p> |
| <i>Acompanha e avalia o trabalho educacional</i> | <p>Promove e participa da avaliação do trabalho educacional e da parceria entre Ministério da Saúde, gestores do SUS local, regional e estadual com o Hospital Sírio-Libanês. Promove, socializa e utiliza o registro de informações acadêmicas para fortalecer o processo de avaliação, visando à construção de um trabalho educacional democrático, inclusivo e participativo.</p> |