

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS

CADERNO DO CURSO 2014

PROJETOS
DE APOIO
AO SUS



Ministério da
Saúde



Ministério da Saúde

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Ministro da Saúde

Helvécio Miranda Magalhães Júnior – Secretário de Atenção à Saúde

André Luís Bonifácio de Carvalho – Secretário de Gestão Estratégica e Participativa

Mozart Sales – Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Fausto Pereira dos Santos – Secretário Executivo Interino

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Wilson Duarte Alecrim – Presidente

Jurandi Frutuoso Silva – Secretário Executivo

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Antônio Carlos Figueiredo Nardi – Presidente

José Ênio Servilha Duarte – Secretário Executivo

HSL – Hospital Sírio-Libanês

Vivian Abdalla Hannud – Presidente da Sociedade Beneficente de Senhoras

Gonzalo Vecina Neto – Superintendente Corporativo

Paulo Chapchap – Superintendente de Estratégia Corporativa

Coordenação dos Projetos de Apoio ao SUS - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Roberto de Queiroz Padilha – Coordenação Geral

Valéria Vernaschi Lima – Coordenação Pedagógica

Sissi Marília dos Santos Forghieri Pereira – Coordenação Administrativa

Marilda Siriani de Oliveira e Helena Lemos Petta – Coordenação do Curso de Especialização

Maria Sílvia Saliba – Gerente de Ensino

Antônio Carlos Ribeiro – Coordenador de Ensino

Renata Elizabeth Lourenço Cabral – Secretária de Projeto

PROJETOS DE APOIO AO SUS

EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS

CADERNO DO CURSO 2014

AUTORES DO CADERNO DO CURSO

Marilda Siriani de Oliveira • Helena Lemos Petta
Patrícia Zen Tempiski • Valéria Vernaschi Lima
Roberto de Queiroz Padilha • Romeu Gomes

ESPECIALISTAS

Eliana Cláudia Otero Ribeiro · Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Ministério da
Saúde



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© Reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

E26

Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014 / Marilda Siriani de Oliveira [...]. – São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

48p. (Projetos de Apoio ao SUS)

ISBN: 978-85-66757-43-9

1. Capacitação de recursos humanos em saúde. 2. Educação de Pós-Graduação. 3. Capacitação profissional. 4. Sistema Único de Saúde. I. Marilda Siriani de Oliveira. II. Helena Lemos Petta. III. Patrícia Zen Tempski. IV. Roberto de Queiroz Padilha. V. Valéria Vernaschi Lima. VI. Romeu Gomes.

NLM: WA 18.2

Sumário

Apresentação	5
1. Contexto	6
1.1. Projetos de apoio ao SUS	6
1.2. Gestão da clínica nas iniciativas educacionais do IEP/HSL	9
2. Gestão da clínica no SUS	13
3. Novas necessidades de formação para o SUS: educação na saúde para preceptores	17
4. Objetivos e metas do curso	20
4.1. Geral	20
4.2. Específicos	20
4.3. Título concedido	20
5. O perfil de competência do preceptor do SUS	21
6. Currículo integrado	25
6.1. Processo ensino-aprendizagem: a espiral construtivista	25
6.2. Comunidade de aprendizagem	29
6.3. Papel dos especializandos	30
6.4. Papel dos docentes do curso	30
6.5. Papel do gestor de aprendizagem	31
7. Estrutura do curso	31
7.1. Características e atividades educacionais do curso	32
7.2. Período, periodicidade e organização dos encontros presenciais	35
7.3. Compromisso com as regiões de saúde e suas redes de atenção à saúde	36
8. Avaliação	37
8.1. Avaliação de desempenho do especializando	38
8.2. Avaliação de desempenho dos facilitadores	39
8.3. Avaliação do curso	39
9. Apêndices	40
9.1. Apêndice I – Calendário da programação dos encontros presenciais	40
9.2. Apêndice II – Formato de avaliação de desempenho do especializando	41
9.3. Apêndice III – Formato de avaliação de desempenho do facilitador	42
9.4. Apêndice IV – Avaliação dos encontros/cursos	43
9.5. Apêndice V – Cronograma e fluxos de entrega das avaliações	44
10. Referências	45



O médico (1891)
Sir Samuel Luke Fildes (1844-1927)
Tate Gallery, Londres

“Amei esse quadro a primeira vez que o vi, sem entender. Talvez ele seja a razão por que, quando jovem, por muitos anos, sonhei ser médico. Amei a beleza da imagem de um homem solitário, em luta contra a morte. Diante da morte todos somos solitários. Amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela na sua espera meditativa. E todos os seus fracassos (pois não estão, todos eles, condenados a perder a última batalha?) serão perdoados se, no nosso desamparo, percebermos que ele, silenciosamente, permanece e medita, junto conosco.”

Rubem Alves (2002)

Dedicatória

A todos aqueles que trabalham no cuidado à saúde das pessoas.

Apresentação

A parceria entre o Hospital Sírio-Libanês, o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e o Ministério da Saúde, com apoio do Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e de instituições de Ensino Superior do país, vem desenvolvendo projetos educacionais voltados aos profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esses projetos são definidos a partir de necessidades identificadas pelos gestores do SUS e executados pelo IEP/HSL. Para o triênio 2012-2014, o Ministério da Saúde aprovou o projeto “Gestão da Clínica no SUS – GCSUS”, que contempla diversas iniciativas educacionais, entre elas o curso de especialização em “Educação na Saúde para Preceptores do SUS”.

O IEP/HSL utilizou uma abordagem construtivista para formular e organizar a proposta educacional da especialização em “Educação na Saúde para Preceptores do SUS”. Por meio da perspectiva construtivista, as atividades desse curso buscam estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades de saúde da sociedade, além de aprofundar, de modo crítico e reflexivo, o conhecimento cientificamente produzido em relação à formação de profissionais de saúde.

Os participantes do curso “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” estão convidados a compartilhar o desafio de promover e qualificar, na sua área de atuação e respectiva região de saúde, a educação de outros, nos cenários do SUS, e a agregação de valor à saúde, por meio da gestão da clínica como estratégia para ampliar o acesso e a integralidade do cuidado.

O sucesso desse curso é um compromisso de seus proponentes, e os melhores resultados que dele advirão, para as regiões de saúde indicadas, certamente estarão relacionados ao comprometimento de cada participante.

Desejamos aos participantes uma experiência educacional que contribua para o crescimento pessoal e profissional e para a melhoria na formação de profissionais de saúde e atenção à saúde no nosso país!

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

Superintendente de Ensino do Instituto
Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Mozart Sales

Secretário da Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

1. Contexto

1.1. PROJETO DE APOIO AO SUS

Roberto de Queiroz Padilha

Valéria Vernaschi Lima

Considerando o atual contexto da saúde no país, políticas públicas voltadas à construção de parcerias entre organizações governamentais e não governamentais têm sido promovidas, especialmente para a indução da melhoria da qualidade da formação de profissionais e dos serviços de saúde, visando responder, de modo mais integrado e eficiente, às necessidades contemporâneas da sociedade brasileira.

Um dos focos dessas parcerias está orientado à educação de profissionais de saúde. Particularmente, a capacitação de profissionais já inseridos no trabalho em saúde tem sido valorizada, uma vez que qualifica a produção de intervenções na realidade. Essas propostas visam a uma aplicação oportuna de novos saberes e à construção de um ambiente orientado pela excelência clínica e pelo compromisso social.

Na perspectiva de uma educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, a ampliação da capacidade crítica, visando à transformação das próprias práticas, tem sido o eixo na construção de propostas educacionais com abordagem emancipadora, com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL tem desenvolvido iniciativas educacionais de apoio ao SUS, por meio de projetos vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde¹, previamente definidos e pactuados com o Ministério da Saúde. A participação de representantes do Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e de instituições de Ensino Superior do país na construção dessas iniciativas amplia a escuta em relação à perspectiva dos gestores do SUS e tenciona o alinhamento das propostas educacionais em relação às necessidades de saúde da sociedade.

A partir de demandas dos gestores do SUS, os parceiros da respectiva iniciativa identificam um conjunto de autores e especialistas que se responsabilizam pela definição dos marcos conceituais nos âmbitos e nas interfaces entre atenção à saúde, gestão em saúde e abordagem pedagógica. Além dessa característica, há uma busca pela articulação e potencialização de diferentes iniciativas educacionais nas regiões de saúde, no sentido da constituição de um projeto-movimento voltado à transformação das práticas. O conjunto de iniciativas da parceria IEP/HSL e MS passou a ser chamado de Projetos de Apoio ao SUS.

¹ Portaria GM/MS nº 3276, de dezembro de 2007, e GM/MS nº 936, de 27 de abril de 2011, que regulamentam o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS.

O envolvimento, nas regiões, do maior número possível de profissionais de saúde nos Projetos de Apoio ao SUS visa favorecer a disseminação de novos conhecimentos e práticas, e principalmente promover a ampliação da autonomia com responsabilização e da consciência crítica dos trabalhadores do SUS, no sentido da melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas.

Para o triênio 2012-4, os Projetos de Apoio ao SUS contemplam um conjunto de iniciativas voltadas à (i) constituição e fortalecimento de regiões de saúde e redes de atenção à saúde; (ii) ampliação do acesso, humanização e integralidade do cuidado à saúde; (iii) articulação de processos de formação, atenção e desenvolvimento tecnológico, em cenários do SUS; (iv) e disseminação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica para a melhoria da eficiência e efetividade nos serviços de saúde, com qualidade e segurança para pacientes e profissionais.

Nas iniciativas desse projeto, a gestão da clínica foi definida como um conceito-chave para o processo de capacitação e desenvolvimento de tecnologias de atenção à saúde e de educação, de modo a estimular e promover um impacto regressivo nos perfis de morbidade e mortalidade da população brasileira e um aumento na qualidade da produção de ações de saúde.

Nesse campo, a sistematização de referenciais teórico-metodológicos e de ferramentas e dispositivos para a gestão da clínica, regulação no SUS, tomada de decisão baseada em evidências, educação de adultos e produção e disseminação de novas tecnologias em saúde fazem parte do portfólio de estudos, realizações e pesquisas do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, disponibilizados para os Projetos de Apoio ao SUS.

Também de forma coerente com os valores do Hospital Sírio-Libanês, as soluções educacionais são construídas a partir de perfis de competência utilizados como referência para o desenvolvimento e a avaliação do desempenho dos profissionais participantes. Os perfis são construídos a partir de uma investigação das práticas de profissionais considerados competentes pelos diferentes atores envolvidos e interessados na iniciativa educacional e expressa a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de ações contextualizadas diante dos problemas profissionais prevalentes (HAGER, 1996; LIMA, 2005).

O perfil de competência valoriza a excelência técnica e a humanização na produção das ações de saúde, considerando a singularidade das relações com pacientes, familiares, profissionais e estudantes. Nesse sentido, destaca-se o cuidado centrado/focado nas necessidades das pessoas como diretriz orientadora da organização das respostas para a produção de saúde, o trabalho em equipe, a responsabilidade pela integralidade do cuidado e a agregação de valor à saúde.

Um delicado trabalho de articulação entre as áreas de competência de atenção à saúde, gestão do trabalho em saúde e educação na saúde interliga pessoas, racionalidades e processos, que devem ser colocados a serviço da consolidação da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado.

Os conteúdos e as estratégias educacionais a serem utilizados para o desenvolvimento de capacidades são selecionados a partir do perfil de competência. Todas as estratégias educacionais utilizam os conhecimentos prévios dos participantes como ponto de partida para a construção de novos saberes. Para além dessa característica, os disparadores de aprendizagem são problemas do cotidiano de trabalho em saúde, quer construídos por especialistas ou trazidos pelos próprios participantes.

A reflexão sobre a prática do trabalho cotidiano na atenção à saúde e o estudo das teorias que explicam nossas ações visam promover aprendizagens significativas e uma consciência crítica, voltada à possibilidade de transformar das próprias práticas. Os cursos priorizam, ainda, o desenvolvimento de capacidades para a construção de projetos de intervenção na realidade, com ênfase na melhoria da qualidade da atenção à saúde, gestão e/ou educação na saúde, contextualizados segundo região de saúde.

Assim, a utilização de estratégias educacionais que permitam combinar ampliação de escala com o uso de metodologias de aprendizagem crítico-reflexiva visa enfrentar o desafio do tamanho continental do país e contribuir para a construção de ondas que expressem um movimento sanitário no qual organizações e profissionais de saúde assumem sua responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde, agregando valor à saúde e à vida das pessoas, assim como ao processo de trabalho no SUS.

As iniciativas dos Projetos de Apoio ao SUS para o triênio 2012-4 abrangem:

> 8 cursos de especialização:

- Subprojeto Gestão da Clínica no SUS:
 - Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde
 - Regulação em Saúde no SUS
 - Educação na Saúde para Preceptores do SUS
- Subprojeto Apoio à Vigilância Sanitária – ANVISA
 - Gestão da Vigilância Sanitária
- Subprojeto Força Nacional da Saúde
 - Gestão de Emergências em Saúde Pública
- Subprojeto SOS Emergência
 - Gestão de Emergências no SUS
- Gestão da Atenção à Saúde, com 50% das vagas para profissionais de instituições públicas
- Processos Educacionais na Saúde

> 7 cursos de atualização/aperfeiçoamento:

- Saúde Baseada em Evidências
- Processos Educacionais na Saúde
- Gestão da Atenção à Saúde – MS
- Gestão da Vigilância em Saúde
- Direito à Saúde Baseada em Evidências
- Políticas de Saúde Informadas por Evidência
- Gestão de Risco e Qualidade

> 1 mestrado profissional: *Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde – MGTIS*, com 50% das vagas para profissionais de instituições públicas.

> 1 programa de Acompanhamento e Avaliação dos Projetos

1.2. GESTÃO DA CLÍNICA NAS INICIATIVAS EDUCACIONAIS DO IEP/HSL

Ao analisarmos o atual perfil epidemiológico da população brasileira e de outras sociedades condicionadas pela transição demográfica e por transformações epidemiológicas fica evidente a superposição de danos e riscos epidemiológicos determinados pela concomitância de agravos de natureza aguda e condições crônicas que, em boa parte, determinam necessidades de saúde das populações (FRENK, 1991; WHO, 2005; BANCO MUNDIAL, 2005).

Cabe destacar que as necessidades de saúde, de um modo mais abrangente, são originadas pelo modo como as sociedades humanas vivem a vida, que implica as interfaces entre as características demográficas das populações, sua cultura e organização socioeconômica, num determinado território e ecossistema. A combinação entre elementos de natureza biológica, cultural, subjetiva, social, política e econômica produz o conjunto de necessidades de saúde de uma determinada sociedade (STOTZ, 1991; CECÍLIO, 2001).

Nesse contexto, os sistemas de atenção à saúde são organizações construídas pela sociedade para dar respostas às necessidades de saúde das pessoas e populações (MENDES, 2011). Dessa forma, a organização da atenção à saúde reflete os princípios e a lógica por meio dos quais uma sociedade explica o processo saúde-doença e estrutura seu modelo tecnoassistencial, produzindo um padrão de respostas do sistema diante das necessidades de saúde (CAMPOS, 1992 e 2008; PAIM, 1993; MERHY, 2002; FEUERWERKER, 2005; MENDES, 2012). Assim, tanto a leitura das necessidades como o padrão de resposta do sistema de saúde se subordinam aos valores e à consciência sanitária, historicamente construídos pelas sociedades humanas.

Ao analisarmos os sistemas de saúde contemporâneos, o modelo hegemônico nas sociedades ocidentais mostra-se predominantemente organizado para o atendimento de condições agudas de saúde e orientado por procedimentos, com foco no trabalho médico e com prioridade de financiamento para a atenção especializada, particularmente em centros com alta densidade tecnológica. Nesse modelo, as ações e os serviços de saúde estão estruturados de modo pouco articulado e voltado para o atendimento de indivíduos, com ênfase nas ações curativas e na gestão da oferta. Apresentam custos crescentes, baixo impacto e produzem acesso limitado, erros frequentes e qualidade inconstante (PAHO, 2005; PORTER, 2007; CHRISTENSEN, 2009; MENDES, 2012).

Diante dessa situação, diversos países americanos e europeus passaram a buscar novos padrões de resposta e de organização para seus sistemas de saúde, de modo mais atento às mudanças nas necessidades de saúde das pessoas, levando em conta as transformações epidemiológicas e a disponibilidade de recurso (DOWLING, 1997; COILE, 1997; CAR-HILL, 1997). O alinhamento dos sistemas às mudanças nas necessidades de saúde é especialmente inovador quando a identificação de necessidades de saúde incorpora uma concepção que amplia a dimensão biológica do processo saúde-doença.

Especialmente em função do atual perfil demográfico, as condições crônicas ganham relevância na organização das respostas dos sistemas de saúde, devendo ser enfrentadas de modo a garantir o acesso e a continuidade do cuidado (AYRES, 2002; BRASIL, 2004, 2006 e 2007; MATTOS, 2004; PAHO, 2005; MENDES, 2012). Especialmente para essas condições, a inclusão das dimensões subjetiva e social, tanto no processo de saúde-doença como no de cuidado, tenciona a abordagem clínica e a ação terapêutica, restritas à dimensão biológica do processo saúde-doença, favorecendo a consideração das dimensões subjetiva e social na identificação de necessidades de saúde.

Assim, a inclusão dos desejos e interesses das pessoas, da ação da cultura e dos valores da sociedade, além dos fatores biológicos e dos determinantes e socioeconômicos, como componentes do processo saúde-doença, amplia a identificação de necessidades de saúde e promove o florescimento de uma clínica ampliada (CAMPOS, 2008). Dessa forma, o modo como compreendemos o processo saúde-doença se expressa no modo como identificamos e organizamos as respostas às necessidades de saúde.

10

A proposta de sistemas integrados, que atuam de forma organicamente articulada no enfrentamento das necessidades de saúde, tenciona a modelagem hierarquizada e piramidal das chamadas atenção primária, secundária e terciária. Essa modelagem hierarquizada produziu excessiva medicalização, consumo crescente de procedimentos, baixa autonomia para o autocuidado, fragmentação do trabalho em saúde e custos crescentes (PORTER, 2007; CHRISTENSEN, 2009; MENDES, 2012). Em relação ao perfil de morbimortalidade, a ampliação do acesso nessa modelagem não produziu impacto regressivo, particularmente em relação às causas evitáveis de morte (TAUCHER, 1978; LIMA, 1996).

A mudança para sistemas integrados de saúde requer a combinação de novos dispositivos de gestão na atenção à saúde, delimitando um campo de produção de conhecimento voltado à ampliação da responsabilização e qualificação das intervenções no cuidado. Assim, com vistas à melhoria de resultados relacionados ao valor agregado à vida e à saúde das pessoas, a associação entre gestão e excelência clínica colocou processos e produtos da macro, meso e microgestão em saúde sob análise, abrindo um novo campo de conhecimento e de práticas chamado gestão da clínica.

A sistematização de conhecimentos sobre gestão da clínica ou governança clínica apareceu em 1997, na Inglaterra, com a apresentação de uma proposta para o sistema nacional de saúde pautada: (i) na responsabilização de todo o sistema pela oferta de cuidado; (ii) no desenvolvimento de padrões nacionais de qualidade a serem garantidos a todos os pacientes; (iii) no trabalho colaborativo entre hospitais, serviços ambulatoriais e autoridades locais, tendo o paciente como foco; (iv) no aumento da confiança do público no sistema nacional de saúde (SCALLY & DONALDSON, 1998).

Grande parte das definições sobre gestão da clínica, ao longo da última década, tiveram como temas-chave a melhoria da efetividade, da eficiência e da eficácia, a responsabilização dos profissionais e serviços, o estabelecimento de padrões e sistemas de qualidade e a articulação e regulação de ações e serviços de saúde (MENDES, 2007).

Com foco na gestão da clínica, o acesso, a integralidade, a qualidade de atenção e a segurança têm sido considerados diretrizes para a modelagem de sistemas integrados de saúde. Num sistema com equidade de acesso e integralidade na atenção, a qualidade é entendida como (i) excelência no cuidado à saúde; (ii) alcance dos propósitos das ações e da missão dos serviços; (iii) máximo benefício dentro dos recursos disponíveis – economia de escala e relação custo-benefício; (iv) e transformação das práticas e produção de tecnologia, de modo ético e focado na melhoria da saúde das pessoas. A segurança é aqui entendida como um esforço coletivo e permanente para a redução de riscos e danos à saúde das pessoas.

Assim, a organização de sistemas integrados em redes de atenção à saúde e a utilização de dispositivos e ferramentas de gestão da clínica têm sido apontadas como estratégias potentes para a melhoria da qualidade das respostas às necessidades de saúde (MICALEFF, 2000; WARNER, 2001; HILDEBRANDT e RIPPAN, 2001; CHAMPAGNE, 2003; ENTHOVEN e TOLLEN, 2005; HAM, 2007).

Nos sistemas integrados, a modelagem de redes de atenção à saúde visa à superação da fragmentação e da segmentação produzidas pelos modelos hegemônicos. As redes colocam os resultados desejados como norteadores da organização das práticas em saúde e, em função do alcance desses resultados, horizontalizam e integram as relações entre serviços, unidades e profissionais de saúde (CASTELLS, 2000; HARTZ, 2004; MATTOS, 2004; SILVA, 2008).

Distintas concepções sobre quais são os resultados desejados traduzem expressivas diferenças na organização das respostas de um sistema em relação às necessidades de saúde. Esse desafio é especialmente trazido pela especificidade da área da saúde e de todas as áreas cujo produto ou produção se expressa por meio de serviços prestados, e não em bens (CAMPOS, 2005). Na saúde, assim como na educação, é a natureza dos encontros entre pessoas que expressa seu valor de uso ou a utilidade de um serviço prestado. Aqui, cabe destacar que o modo como acontece esse encontro e como ele pode atender às necessidades de saúde identificadas importam tanto ou mais do que simplesmente se ele acontece. Assim, o número de encontros não é um indicador suficiente da capacidade de um sistema de saúde dar respostas às necessidades das pessoas e populações. Essa reflexão tenciona a concepção de resultados como sendo o número de atendimentos ou procedimentos realizados.

Dessa forma, para avaliarmos a produção de saúde por um determinado sistema, precisa estar clara a concepção de necessidades de saúde utilizada e quais os resultados desejados como respostas desse sistema às necessidades identificadas. Nesse contexto, há, ainda, o tensionamento entre os polos do controle e da autonomia na gestão da clínica. Em que grau ou medida os dispositivos e as ferramentas de gestão estabelecem um diálogo virtuoso com a clínica. Assim como em que grau ou medida a clínica incorpora as dimensões subjetiva e social, tanto na identificação de necessidades de saúde como na elaboração de planos terapêuticos.

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a macrogestão da clínica deve buscar a ampliação de efetividade e eficiência, a redução da variabilidade por meio de padrões de qualidade, segundo as melhores evidências científicas, e a articulação, responsabilização e regulação de serviços de saúde, a mesogestão deve potencializar os espaços de pactuação e negociação regional; e a microgestão deve promover um importante esforço para construir a autonomia dos profissionais de saúde na tomada de decisão, com responsabilidade e crítica, e ampliar o autocuidado de pacientes e familiares na produção de saúde. A tensão entre controle e autonomia é especialmente relevante diante dos mecanismos e ferramentas de gestão que tendem a aumentar a padronização de processos e produtos, num contexto em que a produção de serviços deve ser singularizada.

Para enfrentarmos esse conjunto multifacetado de desafios, considerando a melhoria da qualidade das respostas do sistema de saúde, um importante investimento precisa ser feito tanto na mudança do arranjo ou modelagem do sistema como também, na qualificação e ampliação da potência dos encontros entre profissionais e usuários e entre os próprios profissionais. A singularidade desses encontros requer do profissional de saúde muito mais do que o domínio específico dos conteúdos relativos a sua profissão ou especialidade. Requer o desenvolvimento das capacidades crítica e criativa e de abertura e recursos para aprenderem ao longo da vida, buscando informações e analisando-as criticamente. Esses profissionais devem ser capazes de promover uma identificação ampliada de necessidades de saúde e de construir planos terapêuticos junto com pacientes, familiares e equipe de saúde, dialogando com protocolos, diante das particularidades e contexto de uma dada situação, ao invés de apenas reproduzir normas, sem crítica.

Para além da proatividade na ampliação de seus próprios saberes e crítica na aplicação de conhecimentos e práticas, os profissionais de saúde precisam resgatar o sentido do outro como um sujeito legítimo (MATURANA, 2009), tanto em suas necessidades de saúde como na “potencialidade” de promoverem o autocuidado. A ruptura de processos que criam dependência, insegurança, culpa e infantilização (GUATTARI, 1986) de pacientes e familiares traz uma nova base para a produção de encontros com profissionais de saúde. Ao promovermos a consciência crítica de pacientes e familiares, em relação ao processo saúde-doença, e estimularmos a ampliação da autonomia desses sujeitos (FREIRE, 2008) na escolha do modo como “podem” viver a vida, mudamos radicalmente a relação verticalizada, prescritiva e concentrada de poder por parte dos profissionais de saúde.

Da mesma forma, quando horizontalizamos as relações entre profissionais de saúde, permitindo que possamos aprender uns com os outros, na troca de saberes e perspectivas, damos um novo significado ao trabalho em equipe e à cogestão na produção de serviços (CAMPOS, 2005). Essa reconstrução do trabalho em saúde possibilita que consigamos operar em modelagens que redefinem o papel de especialistas e de equipes de referência em linhas de cuidado de sistemas de saúde integrados.

Nesse sentido, a articulação de ações e serviços de saúde em linhas de cuidado também é um dispositivo de gestão da clínica que visa promover o comprometimento e a corresponsabilização dos profissionais e serviços de saúde com pacientes, famílias, outros serviços e comunidade, de modo a ampliar o autocuidado, estimular a promoção da saúde e a prevenção de doenças e ofertar um cuidado oportuno e contínuo para o tratamento e recuperação da saúde das pessoas, num trabalho sinérgico e colaborativo de profissionais e serviços da rede de atenção à saúde.

Ao dialogarmos e cuidarmos da coerência entre a macro e a microgestão nas redes de atenção à saúde, buscamos um alinhamento às diretrizes do movimento sanitário brasileiro, gestado nas décadas de 1970 e 1980, que também apontava um distanciamento da produção de saúde no país em relação aos resultados pretendidos pelo SUS (PAIM, 1997; MENDES, 2011). A expressão de uma ética democrática e cidadã na saúde brasileira, cujos princípios são a universalidade e equidade de acesso, a integralidade com qualidade do cuidado e a

descentralização com participação da comunidade, pode encontrar na gestão da clínica, orientada à agregação de valor à saúde e à vida das pessoas, diretrizes que podem contribuir para o enfrentamento dos desafios contemporâneos do SUS.

Para atender a esse novo perfil dos profissionais de saúde e visando à disseminação dos referenciais teóricos para a organização de redes de atenção à saúde orientadas às necessidades de saúde das pessoas, o IEP/HSL tem construído iniciativas educacionais que compõem os projetos de apoio ao SUS. Como parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS, essas iniciativas educacionais respeitam as especificidades de cada região de saúde e de cada rede de atenção, no sentido de valorizar e partir dos saberes já acumulados, tornando-se parceiro na construção de novos conhecimentos.

Com essa diretriz construtivista, são formadas as comunidades de aprendizagem, que possibilitam que os participantes vivenciem atividades educacionais em equipes e pequenos grupos, que reproduzem oportunidades para a construção de capacidades de cogestão em relação ao trabalho a ser realizado. Destacamos o permanente exercício do respeito à diversidade, de negociação e pactuação, de busca por evidências científicas e de desenvolvimento dos raciocínios clínico-epidemiológico e estratégico-situacional aplicados a situações-problema do cotidiano de trabalho em saúde. Cada participante encontra nos seus facilitadores de aprendizagem, professores dispostos a construir relações horizontalizadas e voltadas às necessidades de aprendizagem de cada um.

Assim, as relações educacionais oferecem um paralelo vivencial para educandos e professores que pode ser transferido para as relações de profissionais com pacientes e familiares: respeito, singularidade, construção de vínculo e ampliação da autonomia. Tanto na gestão como no cuidado e na educação, a valorização dos saberes prévios e o estabelecimento de parcerias e corresponsabilidade para a construção do novo visam ampliar a capacidade crítica dos sujeitos para que possamos transformar a realidade e conquistarmos o SUS que desejamos.

2. Gestão da clínica no SUS

Os cursos de Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Regulação em Saúde no SUS e Educação na Saúde para Preceptores do SUS fazem parte do subprojeto Gestão da Clínica no SUS e têm sido desenvolvidos em conjunto nas mesmas regiões de saúde. Essa estratégia visa produzir articulações e potencializar processos de mudança que fortaleçam as regiões de saúde.

A meta do subprojeto de Gestão da Clínica no SUS, para o triênio 2012-2014, é desenvolver os três cursos em 70 regiões de saúde do país. A 1ª edição, realizada no período 2012-2013, contemplou 10 regiões, e a 2ª edição, em desenvolvimento no período 2013-2014, abrange 20 regiões de saúde. Outras 40 regiões foram selecionadas para a 3ª edição do subprojeto, a ser realizada em 2014 (ver Quadros 1 e 2 e Figura 1). A definição das regiões contempladas em cada edição dos cursos é indicada e pactuada pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

QUADRO 1

Regiões de saúde indicadas para a 1ª e 2ª edições do subprojeto Gestão da Clínica no SUS, MS e IEP/HSL, triênio 2012-2014.

<i>Regiões de saúde 1ª edição</i>		<i>Regiões de saúde 2ª edição</i>	
Aracaju-SE	Arapiraca-AL	Porto Velho-RO	
Belém-PA	Campo Grande-MS	Quixadá-CE	
Campo Grande-MS	Caruaru-PE	Salvador-BA	
Florianópolis-SC	Caxias do Sul-RS	Santarém-PA	
Fortaleza-CE	Crato/Juazeiro-CE	São Luís-MA	
João Pessoa-PB	Curitiba-PR	Sobral-CE	
Maceió-AL	Distrito Federal-DF	Teresina-PI	
Manaus-AM	Dourados-MS	Três Lagoas-MS	
Natal-RN	Maringá-PR	Uberaba-MG	
Vitória-ES	Palmas-TO	Volta Redonda-RJ	

QUADRO 2

Regiões de saúde e respectivas cidades-sede indicadas para a 3ª edição do projeto Gestão da Clínica no SUS, IEP/HSL e MS, triênio 2012-2014.

Regiões de saúde e respectivas cidades-sede da 3ª edição

<i>Região</i>	<i>UF</i>	<i>Região de Saúde – Cidade-sede</i>	<i>Região</i>	<i>UF</i>	<i>Região de Saúde – Cidade-sede</i>
<i>Norte</i>	AC	Baixo Acre e Purus – Rio Branco	<i>Sudeste</i>	ES	Central – Linhares
	AM	Entorno Manaus – Manaus		MG	BH/Nova Lima/Caeté – Belo Horizonte
	AP	Área Central – Macapá		MG	Betim
	PA	Metropolitana I – Belém		MG	Montes Claros/Bocaiúva – Montes Claros
	RR	Centro Norte – Boa Vista		MG	Governador Valadares
	TO	Araguaína – Araguaína		RJ	Metropolitana I – Rio de Janeiro
<i>Nordeste</i>	AL	1ª região de saúde – Maceió		RJ	Metropolitana II – Niterói
	AL	6ª região de saúde – Penedo		SP	Aquífero Guarani – Ribeirão Preto
	BA	Juazeiro		SP	Alto do Tietê – Guarulhos
	CE	3ª região – Maracanaú		SP	Baixada Santista – Santos
	CE	1ª região – Fortaleza		SP	Campinas
	PB	16ª região – Campina Grande		SP	Central DRS III - Araraquara
	PB	1ª região Mata Atlântica – João Pessoa	SP	Grande ABC – Santo André	
	PE	Petrolina	SP	Mananciais – Taboão da Serra	
	RN	Metropolitana – Natal	SP	Marília	
	RN	Mossoró	SP	Sorocaba	
<i>Centro-Oeste</i>	SE	Lagarto	PR	17ª RS – Londrina	
	DF-RIDE	Brasília – Entorno Sul (GO)	RS	Região 10 – Porto Alegre	
	GO	Central – Goiânia	SC	Nordeste – Joinville	
	MT	Baixada Cuiabana – Cuiabá	SC	Vale do Itajaí – Blumenau	

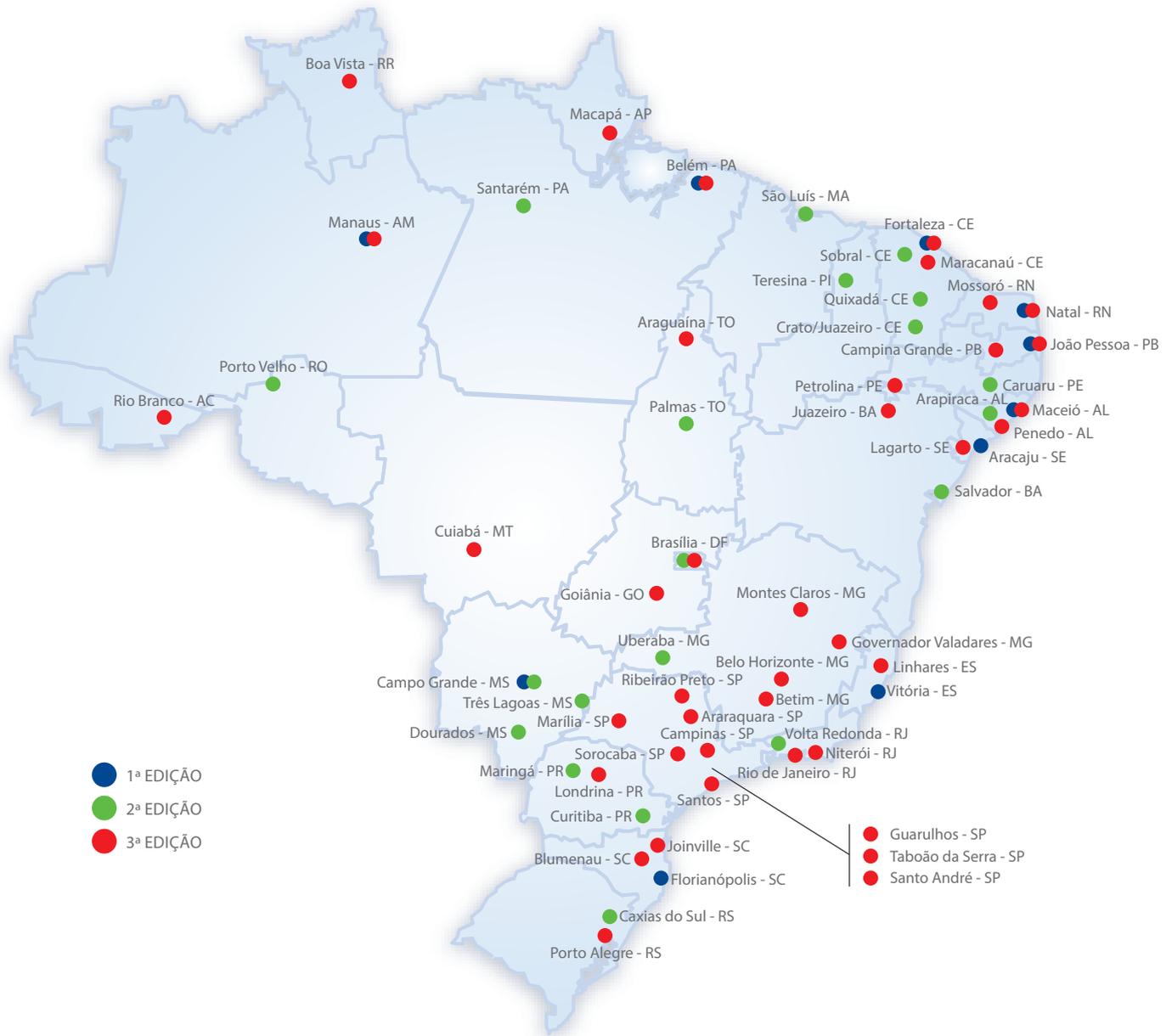


FIGURA 1

Regiões de saúde indicadas para as três edições do subprojeto Gestão da Clínica no SUS, MS e IEP/HSL, triênio 2012-2014.

O subprojeto Gestão da Clínica no SUS – GCSUS e os programas dos cursos de especialização a ele vinculados foram construídos por um conjunto de autores e especialistas com expressiva experiência em gestão, saúde e educação e validados pelo Núcleo de Gestão em Saúde do IEP/HSL.

As propostas educacionais são desenvolvidas nas respectivas regiões de saúde por um corpo docente do IEP/HSL. Os docentes desempenham o papel de gestor ou de facilitador de aprendizagem e são responsáveis pela capacitação dos especializandos (ver Figura 2).

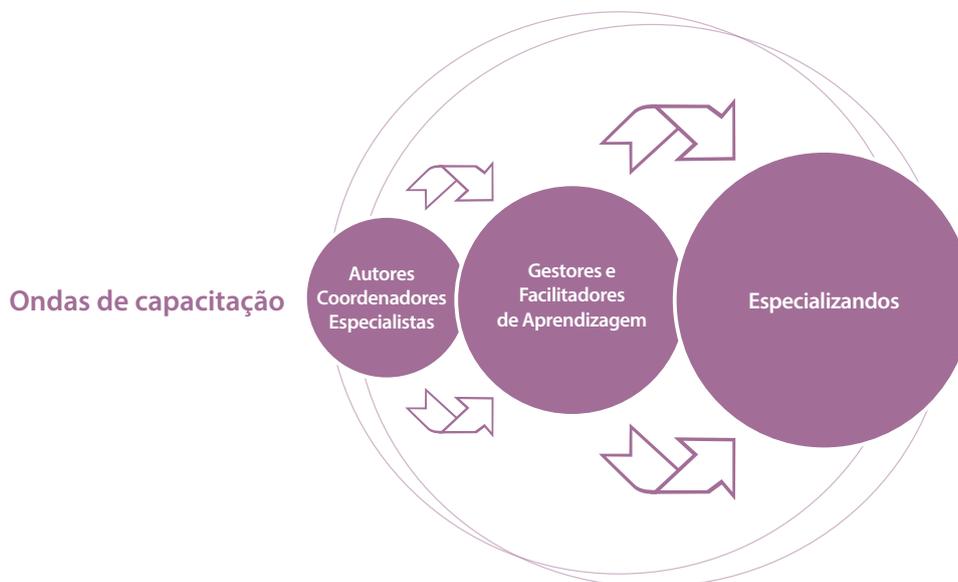


FIGURA 2

Representação das ondas de formação dos cursos de especialização do subprojeto Gestão da Clínica no SUS, MS e IEP/HSL, triênio 2012-2014.

Os cursos de especialização do GCSUS oferecem 36 vagas para cada curso, na sua 3ª edição, vinculadas às regiões de saúde indicadas (ver Quadro 3).

QUADRO 3

Abrangência dos cursos de especialização, subprojeto GCSUS, MS e IEP/HSL, 2012-2014.

<i>Cursos</i>	<i>Nº Regiões</i>	<i>Nº Vagas/Curso</i>	<i>Nº Total de vagas</i>	<i>Período</i>
GCSUS 1ª edição	10	480	1.440	Agosto/2012 a junho/2013
GCSUS 2ª edição	20	960	2.880	Agosto/2013 a junho/2014
GCSUS 3ª edição	40	1.440	4.320	Abril a dezembro/2014
Total GCSUS	70 regiões	2.880	8.640	2012 a 2014

3. Novas necessidades de formação para o SUS: educação na saúde para preceptores

Marilda Siriani de Oliveira

Helena Lemos Petta

Embora tenha alcançado muitos avanços, o Sistema Único de Saúde – SUS permanece com um enorme desafio a ser enfrentado por gestores, educadores e profissionais de saúde: a formação, a qualificação, a valorização e a regulação de recursos humanos, a partir das necessidades e demandas da população. Esse desafio se conecta à expectativa de melhoria da qualidade da atenção à saúde no Brasil e, por conseguinte, à redução de indicadores de morbidade e mortalidade da população. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200, inciso III, estabelece que o SUS têm como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Desde então, tem sido promovidas diversas iniciativas nesse sentido, tanto governamentais como da sociedade civil organizada.

De maneira geral, durante estes anos, as iniciativas no campo da educação dos profissionais em saúde tiveram como foco a reorientação da formação na saúde, no âmbito da graduação. Em 2001, a promulgação das novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação de Medicina pode ser considerado um marco, tanto pela ampla participação de diversos setores na sua construção como pelo avanço trazido na orientação e organização curriculares (MEC/CNE, 2001). Também é importante destacar, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, o lançamento de programas de incentivo às mudanças curriculares, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROMED, 2001; PRO-SAÚDE, 2005), e de incentivo à integração ensino-serviço-comunidade, como o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET – Saúde, 2010).

Em 2009, foi lançado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRO-RESIDÊNCIA, com objetivo de induzir a ampliação e abertura de novas vagas e programas de residência médica em regiões e especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde. Para apoiar o desenvolvimento dos novos programas, foi instituído o matriciamento que vem sendo realizado por instituições com experiência e expertise em residência médica. Em articulação com a política de ampliação de vagas, esse programa busca a mudança do modelo curricular dos programas de residência médica, a partir de uma concepção que prioriza as necessidades sociais, a integração dos processos formativos aos serviços assistenciais organizados em redes de atenção em saúde e o desenvolvimento de competência para formação do especialista. Essa política indutora também contempla as demais profissões da área da saúde – PRO-RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, a partir da priorização do financiamento de bolsas para programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde para as regiões e áreas estratégicas para o SUS.

Em 2011, foi criado o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), cujo objeto é a valorização, o aperfeiçoamento e a educação permanente do profissional que trabalha na Atenção Básica, como estratégia de aprimoramento da execução das ações e dos serviços de saúde para populações de maior vulnerabilidade ou localizadas em áreas de difícil acesso e provimento. O programa oferece incentivos financeiros e de acesso a programas de residência médica, além da garantia de supervisão e curso de especialização com foco na Atenção Básica.

Esse conjunto de iniciativas culminou com o lançamento, em 2013, do Programa “Mais Médicos”, que, além de levar médicos brasileiros e estrangeiros para regiões onde há escassez e ausência desses profissionais, propõe uma série de medidas estruturantes para aprimorar a formação médica, entre elas a mudança da lógica de abertura de novos cursos de medicina, reorientando-a para suprir os vazios assistenciais e de formação no país. O Ministério da Saúde e da Educação pretendem com o Programa “Mais Médicos” atingir uma meta de criação de 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e de 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020, buscando alcançar o objetivo de universalizar a residência médica para todos os graduados em Medicina, a partir dessa data. Também haverá acréscimo de 1.086 vagas para residência multiprofissional e em área profissional da saúde para as 13 outras profissões da saúde e física médica. Além disso, a partir de 1º janeiro de 2015, os estudantes que ingressarem na graduação deverão atuar por um período de dois anos em unidades básicas e na urgência e emergência do SUS (BRASIL, 2013), como condição para ingresso em programa de residência médica.

Considerando a ampliação de escala na graduação de profissionais de saúde, especialmente médicos, e a importância da inserção de estudantes de graduação e pós-graduação nos cenários do SUS, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, na área de educação, tornou-se uma prioridade, visando uma maior aproximação entre os mundos do ensino e do trabalho.

Nesse contexto, a construção de ações educacionais sinérgicas às propostas que induzem mudanças na formação de profissionais de saúde constitui-se em ação estratégica para a parceria entre o IEP/HSL e o Ministério da Saúde.

Na realidade atual, os preceptores de graduação ou pós-graduação em exercício são, em geral, profissionais com especialização na área de saúde, formados no modelo biomédico e num currículo tradicional, com pouca ou quase nenhuma capacitação na área de educação.

As propostas educacionais do IEP/HSL para a capacitação de profissionais de saúde articulam o desenvolvimento de capacidades nas áreas de atenção à saúde, gestão do trabalho em saúde e educação na saúde e conformam um novo perfil de competência. Por meio desse novo perfil, são tensionados os modelos hegemônicos de atenção à saúde e de educação na saúde e apontados modelos alternativos, focados na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

O modelo biomédico, estruturado durante o século XX com base no “paradigma flexneriano”, é uma abordagem a ser superada, em função da concepção mecanicista do processo saúde-doença, do reducionismo aos fatores biológicos da causalidade do adoecimento, do foco na doença e no indivíduo e da hegemonia dos serviços de saúde hospitalares, como locus privilegiado do ensino e do cuidado em saúde. Em grande parte, os modelos tradicionais de ensino e de organização do trabalho em saúde refletem uma excessiva fragmentação dos saberes, a compartimentalização do trabalho dos diferentes profissionais e a verticalização dos processos de gestão. Os resultados dessa modelagem na atenção à saúde vêm produzindo um cuidado fragmentado, hierarquização do processo de trabalho e um crescimento, sem controle, das especialidades médicas.

Ao reorientar a modelagem da atenção à saúde para sistemas integrados, a articulação da promoção, preservação e recuperação da saúde, a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, coloca em foco os resultados que agregam valor à saúde das pessoas, ao invés da produção de atendimentos. Uma investigação ampliada das necessidades de saúde das populações, com a articulação do componente biológico, das questões subjetivas e histórico-sociais, abre o espectro para o acolhimento de necessidades das pessoas e populações, considerando suas singularidades, o perfil epidemiológico e o modo de viver a vida na sociedade.

Ao articularmos a formação de profissionais de saúde nos cenários do SUS colocamos essas diferentes modelagens e suas fundamentações em reflexão. A vivência em sistemas integrados oportuniza para estudantes e profissionais uma atuação a partir da identificação de necessidades de saúde das pessoas e populações. Quando esse processo ocorre de modo ampliado, também ampliamos as possibilidades de intervenção no processo saúde-doença e promovemos a produção de saberes interdisciplinares e multiprofissionais, característicos de uma organização do trabalho em equipes de saúde.

Uma atenção à saúde orientada por essa concepção e pelos princípios do SUS, com destaque para a integralidade e a equidade do acesso, pode conformar redes de atenção que qualifiquem o cuidado. Com a presença de estudantes de graduação e pós-graduação, essa rede de atenção à saúde ganha uma dimensão de rede escola, numa perspectiva que transforma o trabalho em saúde, uma vez que as organizações também aprendem.

A construção da identidade do preceptor numa rede escola passa pela valorização da preceptoria e pela definição de um perfil de competência que articule Gestão, Atenção e Educação - traduzindo um conjunto de capacidades necessárias ao exercício da prática da preceptoria. Esse novo perfil de preceptor deve:

- (i) promover a articulação do trabalho e da educação, participando de iniciativas de mudanças nas práticas educativas e de cuidado, orientadas às necessidades de saúde da população;
- (ii) orientar a organização das práticas voltadas à construção de um cuidado integral, eficiente, efetivo e seguro, pautado pela garantia de acesso, continuidade, equidade e qualidade da atenção à saúde, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica;
- (iii) facilitar processos de aprendizagem promovendo o pensamento crítico e reflexivo do educando, mostrando responsabilidade, tolerância e comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade;
- (iv) desenvolver ações educacionais ancoradas nas teorias interacionistas da aprendizagem, na metodologia científica e na dialogia, a partir da identificação de necessidades de aprendizagem da equipe, do educando e do próprio educador.

Nesse contexto, a terceira edição do Curso de Especialização em “Educação na Saúde para Preceptores do SUS” volta-se à valorização do exercício da preceptoria e à construção de um novo perfil de competência para o preceptor, reafirmando o compromisso do Hospital Sírio-Libanês com a implementação das políticas públicas no âmbito do SUS.

4. Objetivos e metas

4.1. GERAL

Contribuir para melhoria da atenção à saúde no SUS, por meio da capacitação de profissionais que atuam como preceptores em cenários reais de cuidado à saúde, favorecendo a articulação ensino-trabalho e a utilização da abordagem construtivista na educação de adultos.

4.2. ESPECÍFICOS

- Apoiar a implementação de políticas públicas voltadas à ordenação e regulação de profissionais para o SUS.
- Fortalecer as políticas e os programas de reorientação da formação de profissionais de saúde e da educação de profissionais em serviço.
- Promover a articulação ensino-trabalho nas regiões de saúde indicadas, de modo que o trabalho e a academia sejam corresponsáveis tanto pela formação de profissionais como pela produção de cuidado, numa rede escola de atenção à saúde.
- Estimular a valorização do exercício da preceptoria e da construção da identidade do preceptor como um facilitador de aprendizagem comprometido com a transformação da realidade.
- Capacitar 1.440 preceptores como educadores na área da saúde, ampliando suas capacidades nas dimensões da atenção, da educação e da gestão do trabalho e da educação.
- Contribuir para a melhoria da atenção à saúde no SUS, por meio da capacitação dos especializandos em gestão da clínica.
- Apoiar a elaboração de até 1.440 Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC.
- Apoiar a construção de pelo menos 160 projetos aplicativos.
- Acompanhar e avaliar os produtos e resultados desse projeto realizado em parceria pelo HSL/MS.

4.3. TÍTULO CONCEDIDO

Os especializandos concluintes e aprovados no curso farão jus ao título de “Especialista em Educação na Saúde”, a ser concedido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

5. O perfil de competência do preceptor do SUS

Marilda Siriani de Oliveira

Helena Lemos Petta

Patrícia Zen Tempski

Valeria Vernaschi Lima

O perfil de competência utilizado como referência neste curso foi resultado do trabalho desenvolvido pelos seus autores, a partir dos referenciais teórico-metodológicos que articularam a abordagem holística de competência com princípios da educação de profissionais de saúde no contexto do SUS.

Foram analisados os perfis de competência construídos para os cursos: Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde e Regulação em Saúde no SUS, que pertencem ao mesmo subprojeto de Apoio ao SUS do IEP/HSL e têm como estratégia a gestão da clínica no SUS para promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Paralelamente, uma investigação de práticas dos preceptores envolvidos na primeira e segunda edições da “Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS” foram dialogadas com as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), Princípios do Sistema Único de Saúde (Lei 8080, 1990) e Princípios da Aprendizagem de Adultos de Paulo Freire (1996), de Albert Bandura (1982), de Malcom Knowles (1990) e de Lev Vygotsky (2011).

Nesse trabalho, competência é compreendida como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Assim, a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, mobilizadas para a realização de uma ação, foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade de uma prática educativa competente nos cenários do SUS.

O perfil de competência do especialista em educação na saúde, no exercício da preceptoría, está representado pela articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional:

- **Saúde:** Atenção à saúde
- **Gestão:** Gestão do trabalho e da educação na saúde
- **Educação:** Formação profissional e produção de conhecimento na saúde

Cada uma dessas áreas é representada por um conjunto de ações-chave que são traduzidas em desempenhos que retratam a integração das capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, agrupadas por afinidade nas áreas de competência. Assim, a competência profissional é entendida como uma síntese das áreas de gestão, atenção à saúde e educação (Quadro 4).

A análise das capacidades de gestão, de atenção à saúde e educativas, com foco na preceptoría nas regiões de saúde, orientou a seleção de conteúdos e das atividades educacionais do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, voltados ao desenvolvimento dos desempenhos e das ações-chave que conformam o perfil desejado.

QUADRO 4

Perfil de competência do preceptor do Sistema Único de Saúde, MS e IEP/HSL, 2014

<i>Área de competência de Saúde: Atenção à Saúde</i>	
<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<p><i>Focaliza a atenção à saúde nas necessidades individuais e coletivas</i></p> <p><i>Favorece a investigação de problemas de saúde</i></p>	<p>Promove junto à equipe e estudantes investigações ampliadas das necessidades de saúde dos usuários, articulando as dimensões biológica, subjetiva e social na identificação de problemas de saúde.</p> <p>Articula dados e informações de diversas fontes 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.</p>
<p><i>Promove a construção de um cuidado integral</i></p>	<p>Busca o diálogo entre necessidades e recursos disponíveis para a construção de projetos terapêuticos voltados à melhoria da atenção à saúde oferecida aos usuários.</p> <p>Utiliza a saúde baseada em evidência e as ferramentas de gestão da clínica para a construção, com a equipe e estudantes, de uma atenção integral à saúde, promovendo a ampliação do acesso e garantindo a continuidade do cuidado, com qualidade e segurança.</p> <p>Favorece a articulação de ações e serviços promovendo a corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado, de modo a fortalecer a rede de atenção à saúde.</p> <p>Compartilha decisões, estimulando o trabalho em equipe, a autonomia dos usuários e a participação ativa de estudantes e docentes no cuidado à saúde de pessoas e populações. Favorece a construção da rede escola de atenção à saúde, oportunizando que o cotidiano do trabalho em saúde seja gerador de conhecimentos e transformações.</p>
<p><i>Acompanha e avalia a atenção à saúde individual e coletiva</i></p>	<p>Acompanha e avalia processos, resultados e impacto das ações desenvolvidas nos projetos terapêuticos, utilizando os sistemas de informação para a análise de dados e valorizando a escuta qualificada de usuários, trabalhadores, preceptores e estudantes.</p> <p>Presta contas e promove ajustes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência e efetividade, considerando que as escolhas devem estar pautadas pelo valor agregado à qualidade de saúde e de vida dos usuários.</p>

QUADRO 4 (cont.)

Quadro 4 (cont.) Perfil de competência do preceptor do Sistema Único de Saúde, MS e IEP/HSL, 2014

Área de competência de Gestão: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
Promove o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde	<p data-bbox="379 562 514 759"><i>Identifica problemas do trabalho para orientar as práticas de educação na saúde</i></p> <p>Analisa necessidades e problemas de saúde, por meio do emprego de dados e indicadores, visando à construção de um cuidado integral à saúde das pessoas e à identificação de demandas de natureza educacional. Estimula a identificação de potencialidades e os aspectos que requerem melhoria, tanto em relação ao serviço/instituição/rede como em relação à prática dos profissionais. Analisa os fatores a serem enfrentados para o atendimento das necessidades de saúde identificadas e as capacidades profissionais que requerem desenvolvimento.</p> <p>Participa da análise dos contextos interno e externo, identificando atores envolvidos, oportunidades e obstáculos à produção de saúde, reconhecendo a existência de interesses antagônicos, buscando a criação de espaço educativo orientado por uma perspectiva de complementaridade, mediação e diálogo entre as diferentes visões e saberes.</p> <p>Contribui para a seleção e priorização de problemas que retardam ou impedem a integração ensino-serviço e o exercício da preceptoria, com a aplicação de ferramentas do planejamento estratégico, incluindo análises de estrutura, processos e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades.</p> <p>Identifica obstáculos e oportunidades para a educação na saúde, levando em conta as potencialidades e limitações das instituições envolvidas, do Sistema Único de Saúde e das políticas nacionais de educação, saúde e de integração ensino-serviço-comunidade.</p>
<i>Promove iniciativas na articulação do trabalho e da educação na saúde</i>	<p>Promove e participa de espaços para a tomada de decisão compartilhada, utilizando dispositivos que favoreçam a socialização de diferentes perspectivas e a corresponsabilização das equipes do serviço, de docentes, de estudantes e da comunidade. Favorece a utilização de informações e dos elementos que agreguem valor na tomada de decisão, utilizando indicadores de gestão e de saúde e evidências científicas.</p> <p>Atua na construção de uma relação ética, solidária e transformadora entre os parceiros envolvidos nas iniciativas de integração ensino-serviço, favorecendo a construção de compromissos compartilhados no ordenamento e formação de profissionais de saúde para o SUS. Busca um enfrentamento positivo e construtivo para as diferenças, reconhecendo que os conflitos são inerentes às relações interpessoais.</p> <p>Participa da elaboração de estratégias e ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de construção de consensos.</p> <p>Participa da definição conjunta de metas e etapas entre as instituições de ensino e serviço, 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>
Acompanha e avalia o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde	<p>Acompanha o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos, assim como padrões de referência para análise de processos e produtos da articulação ensino-serviço na rede de atenção à saúde. Estimula a socialização de informações, de modo a contribuir para o comprometimento dos profissionais de saúde, preceptores e estudantes com os resultados alcançados, estimulando a ampliação da autonomia e da criatividade dos envolvidos.</p> <p>Promove o reconhecimento das conquistas e explora os eventos adversos, de modo que os profissionais e as instituições envolvidas aprendam com os erros. 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 e a parceria entre instituições formadoras e serviços.</p> <p>Utiliza a avaliação para superar obstáculos e favorecer o exercício da preceptoria e da integração ensino-serviço, visando à melhoria dos processos de ensino-aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde. 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, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação profissional.</p> <p>Favorece a oferta e formalização de espaços para educação permanente, avaliação formativa, apresentação de resultados alcançados e prestação de contas. Cria espaços protegidos para sua própria reflexão e para compartilhar a perspectiva de outros, incluindo oportunidades de expressão a todos os envolvidos, em especial de usuários e estudantes.</p>

QUADRO 4 (cont.)

Perfil de competência do preceptor do Sistema Único de Saúde, MS e IEP/HSL, 2014

Área de competência de Educação: formação profissional e produção de conhecimento na saúde

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<i>Promove o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde</i>	<p>Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e famílias atendidas, a partir da reflexão sobre as práticas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde. Utiliza uma postura aberta à diversidade de valores, desejos e perspectivas, de modo a atuar segundo os princípios da ética profissional e da humanização na identificação de necessidades de aprendizagem, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem de cada um. Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor.</p>
<i>Desenvolve ações educacionais e facilita processos de ensino-aprendizagem</i>	<p>Estabelece e promove relações solidárias e corresponsáveis entre todos os envolvidos em ações educacionais. Participa da formação de profissionais de saúde, estimulando a curiosidade para aprender e a utilização do cotidiano do trabalho na saúde para produzir conhecimento. Favorece a utilização de experiências e vivências do trabalho em saúde para a construção de pontes entre os problemas da realidade e a formação de profissionais de saúde.</p> <p>Desenvolve atividades educacionais para estudantes, equipe e pacientes/familiares baseadas nas necessidades de aprendizagem identificadas, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um e favorecendo o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de limitações e dificuldades.</p> <p>Incentiva a capacidade de buscar evidências científicas e de melhores práticas para enfrentar problemas de saúde, promovendo a avaliação crítica das informações e fontes encontradas. Estimula uma investigação que inclua a análise, síntese e avaliação crítica, favorecendo a capacidade de aprender ao longo da vida, com independência.</p> <p>Favorece a produção de conhecimento e de novos significados, segundo uma abordagem construtivista da educação, por meio da interação entre as pessoas e dessas com fontes de informação. Atua como facilitador de aprendizagem de estudantes, da equipe em que atua e de pacientes/familiares, promovendo a educação pelo exemplo. Incentiva o desenvolvimento de novas capacidades orientadas à inovação e à transformação das práticas em saúde, na perspectiva da construção de autonomia para o autocuidado e/ou de competência profissional.</p>
<i>Acompanha e avalia ações e processos educacionais</i>	<p>Utiliza todas as oportunidades para colocar a prática sob reflexão, nos diversos cenários do SUS, contribuindo para a construção de uma rede escola, que também aprende. Estimula a reflexão sobre a preceptoria e o trabalho em saúde nos espaços de educação permanente, visando à melhoria da aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde.</p> <p>Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas.</p> <p>Faz e recebe críticas de modo ético, orientado à construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e na preceptoria.</p>
<i>Apoia a produção de novos conhecimentos</i>	<p>Identifica a necessidade de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde e da formação profissional em saúde, promovendo o reconhecimento, pelos parceiros, dos limites e das potencialidades para produzi-los.</p> <p>Participa e/ou estimula a participação dos estudantes e da equipe na produção científica ou tecnológica na saúde, assentada em princípios ético-científicos e orientada pelas necessidades de saúde das pessoas, de fortalecimento do SUS e de melhoria dos processos de formação.</p> <p>Favorece e apoia processos de criação, disseminação e compartilhamento de saberes orientados ao desenvolvimento de competência profissional e à melhoria da qualidade de vida da população.</p> <p>Promove o desenvolvimento, a utilização e avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora no cuidado e na gestão em saúde e na educação na área da saúde.</p>

6. Currículo integrado

Valéria Vernaschi Lima

A integração interdisciplinar e entre a teoria e a prática, mundo do trabalho e da aprendizagem e entre processos educativos e de atuação na área da saúde é um dos fundamentos dessa proposta de capacitação de especialistas em educação na saúde. Essa integração é expressa pela(o):

- construção e validação do perfil de competência, a partir da interação de educadores, profissionais de saúde e gestores indicados pelos propositores dessa iniciativa/curso;
- desenvolvimento articulado de capacidades para as áreas de gestão, educação e atenção à saúde que conformam o perfil de competência dos profissionais de saúde;
- participação interdisciplinar e multiprofissional dos autores responsáveis pela seleção das estratégias educacionais do curso e especialistas responsáveis pela seleção dos conteúdos específicos para o desenvolvimento do perfil de competência;
- articulação com o mundo do trabalho, por meio da utilização de situações-problema a serem enfrentadas e pelo desenvolvimento de uma consciência crítica voltada à transformação da realidade de saúde da sociedade brasileira.

25

6.1. PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM: A ESPIRAL CONSTRUTIVISTA

O processo de ensino-aprendizagem do curso está ancorado:

- nas teorias interacionistas da educação;
- na metodologia científica;
- na aprendizagem significativa;
- na integração teoria-prática; e
- na dialogia.

O processo ensino-aprendizagem focaliza a relação entre o sujeito que aprende, o objeto a ser conhecido (conteúdos de aprendizagem: produtos sociais e culturais) e o professor (agente mediador entre o sujeito e o objeto). As teorias psicológicas que fundamentam a abordagem educacional são: inatista, ambientalista e socioconstrutivista (sociointeracionista). Pela teoria inatista (apriorística ou nativista), cada pessoa encontra-se pronta ao nascimento (personalidade, potencial, valores, formas de pensar e de conhecer), uma vez que os fatores hereditários e maturacionais definem sua constituição. A teoria ambientalista (associacionista, comportamentalista ou behaviorista)

atribui exclusivamente ao ambiente a constituição das características humanas e privilegia a experiência como fonte de conhecimento e do comportamento. A teoria sociointeracionista refuta a antagonia entre o inato e o adquirido e promove uma releitura desses fatores, apontando sua interação. Essa interação ocorre por meio de movimentos permanentes de reprodução/transformação de uma sociedade e cultura, sendo por isso histórica e socialmente constituída (REGO, 1995).

Na abordagem sociointeracionista, a combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais permite contemplar as diferentes maneiras de aprender e ampliar capacidades, a partir das interações do sujeito que aprende com o mundo. Lev Vygotsky, nascido em 1896 na Bielo-Rússia, deu ênfase ao papel da escola e de pessoas mais experientes na construção do conhecimento. Segundo Vygotsky (1998), a zona de desenvolvimento proximal representa a distância entre as práticas que uma pessoa já domina e aquelas que só serão possíveis com a agregação de novos saberes. Nesse caso, a interação com pessoas mais experientes ou fontes de informação possibilitam que os educandos resolvam problemas impossíveis de serem enfrentados com os saberes prévios.

Considerando as interações do sujeito com o mundo, a ciência opõe-se às explicações mágicas e às opiniões, por meio da formulação de perguntas frente a um problema e da busca por evidências que testem as hipóteses elaboradas. As perguntas devem tensionar tanto senso comum como as leis gerais que tendem a bloquear as ideias. Dessa forma, a metodologia científica busca a construção de novos saberes e uma base irrefutável para o conhecimento, incluindo verificação, análise, síntese e validação (prova lógica) de sistemas explicativos que fundamentam a interpretação de fenômenos (BACHELARD, 1996).

Embora a ciência venha produzindo expressiva elucidação e progresso para as sociedades humanas, seus atuais desafios estão em reconhecer os interesses que atuam nas produções científicas e em romper a excessiva fragmentação na produção de conhecimento. Para tanto, deve promover a religação dos saberes e ampliar a consciência ética na produção de novos conhecimentos (MORIN, 2010).

Em relação à aprendizagem significativa, podemos identificar suas origens no movimento da educação progressista, que destacou a necessidade de aproximarmos o ensino à prática cotidiana. Quando o processo de aprender é desencadeado por um problema do cotidiano, os participantes utilizam seus saberes prévios para identificar a natureza dos problemas e para formular perguntas que permitam buscar novos sentidos e significados para interpretar os fenômenos encontrados (AUSUBEL, 1980). Para o adulto, esse significado é construído em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação a sua utilização na vida pessoal e profissional. O processo que favorece a aprendizagem significativa requer uma postura ativa e crítica por parte daqueles envolvidos na aprendizagem (COLL, 2000).

Na aprendizagem significativa, o problema é uma categoria essencial para o processo de aprender. As raízes da utilização de problemas e da vivência como recursos para disparar o processo ensino-aprendizagem podem ser encontradas em John Dewey, filósofo e pedagogo norte-americano nascido em 1859 (DEWEY, 2011). Com Jerome Bruner, psicólogo nascido em 1915, a aprendizagem foi considerada como um

processo ativo, baseado em saberes prévios (BRUNER, 1987). Para esse autor, também norte-americano, a utilização de pequenos grupos ao invés de grandes salas potencializa as interações e, por isso, a aprendizagem. Utilizando ideias de Dewey e Bruner, a primeira organização curricular baseada em problemas foi formalizada no final da década de 1960, no curso médico da McMaster University, Canadá (BARROWS, 1980; SCHMIDT, 1993). Para que os educandos enfrentassem os problemas apresentados, deveriam identificar seus saberes prévios e a fronteira de seus conhecimentos para buscar novas informações. Esse movimento, traduzido pela formulação de perguntas a serem investigadas, promove o desenvolvimento de capacidades para a aprendizagem ao longo da vida e dialoga com a metodologia científica, que requer a análise crítica de fontes e informações (VENTURELLI, 1997).

Ao trabalharmos por problemas, promovemos a integração da teoria e da prática e colocamos as disciplinas como um meio para melhor entendermos e vivermos no mundo, e não como a finalidade do processo educacional. Os problemas, além de promoverem pontes entre o ensino e a prática cotidiana, impregnam de sentido a atuação profissional e mobilizam uma combinação de saberes no sentido de uma melhor intervenção nas situações estudadas.

Ainda na década de 1960, vale ressaltar a contribuição de Paulo Freire discutindo a aprendizagem de adultos e a educação como prática de liberdade e de autonomia, especialmente construída por meio do desenvolvimento da consciência crítica dos educandos. A pedagogia de Paulo Freire reconhece o homem em permanente produção e a produção de conhecimento a partir de suas relações com o mundo, ou seja, da problematização de sua experiência (FREIRE, 2008).

Nesse sentido, o princípio da dialogia valoriza as diferentes explicações/perspectivas em relação à existência de um problema e busca reconhecer as associações entre os elementos que o compõem, ligando o todo às partes. Esse princípio é representado por uma espiral e pela ideia da recursividade, requerendo a articulação de diferentes pontos de vista, num metaponto de vista (MORIN, 1999). Assim, todas as dúvidas e perspectivas são consideradas legítimas no processo de aprendizagem porque o outro é considerado como um outro legítimo, e atender às necessidades de aprendizagem de todos os envolvidos garante respeito, aceitação, inclusão e comprometimento (MATURANA, 2009).

Apoiados nas experiências e na fundamentação teórica da aprendizagem baseada em problemas, da problematização, da metodologia científica e da dialogia, o processo ensino-aprendizagem nos cursos do IEP/HSL utiliza como referência a espiral construtivista. A representação do processo ensino-aprendizagem na forma de uma espiral traduz a relevância das diferentes etapas educacionais desse processo como movimentos articulados que se retroalimentam (ver Figura 3).

Os movimentos da espiral construtivista são desencadeados por disparadores que simulam ou retratam problemas da realidade. O processamento de cada disparador é singularizado conforme os saberes prévios e as necessidades de aprendizagem dos participantes.



FIGURA 3

Espiral construtivista² do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador.

Movimento: identificando o problema e formulando explicações

28

A identificação do problema, a partir de um estímulo educacional, permite que cada participante explicita suas ideias, percepções, sentimentos e valores prévios, trazendo à tona os fenômenos que já conhece. As explicações iniciais e a formulação de hipóteses permitem explorar as fronteiras de aprendizagem em relação a um dado problema, possibilitando identificar as capacidades presentes e as necessidades de aprendizagem. O exercício de suposições, conjecturas e proposições favorece a expansão das fronteiras de aprendizagem e auxilia na elaboração das questões de aprendizagem que irão desafiar as fronteiras identificadas.

Movimento: elaborando questões de aprendizagem

As questões formuladas representam as necessidades de aprendizagem e orientam a busca de novas informações. A seleção e a pactuação, no coletivo, das questões consideradas mais potentes³ e significativas para o atendimento dessas necessidades e ampliação das capacidades de enfrentamento do problema identificado trazem objetividade e foco para o estudo individual dos participantes.

Movimento: buscando novas informações

A busca por novas informações deve ser realizada pelos participantes. O acesso às bases remotas de dados é estimulado por meio de capacitações para a busca e análise crítica de informações. A análise da estratégia de busca utilizada pelos participantes e o grau de confiabilidade das fontes e informações fazem parte do processo de ampliação da capacidade de aprender ao longo da vida.

² Traduzido e adaptado de Lima, V.V. Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives. Chicago, 2002 [Dissertação de Mestrado – University of Illinois at Chicago. Department of Health Education].

³ As questões que desafiam os participantes a realizarem análises, sínteses ou avaliações invariavelmente implicam o estudo concomitante dos aspectos conceituais, mas vão além do reconhecimento de fatos e mecanismos, requerendo interpretação.

Movimento: construindo novos significados

A construção de novos significados é um produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelas pesquisas/buscas realizadas. A construção de novos sentidos não se restringe ao movimento de compartilhamento de novas informações. Ela ocorre durante todo o momento no qual uma interação produza uma descoberta ou revela uma perspectiva diferente das ideias que costumamos utilizar com mais frequência. Todos os conteúdos compartilhados devem receber um tratamento de análise e crítica, devendo-se considerar as evidências apresentadas.

Movimento: avaliando o processo

Outro movimento presente na espiral é a avaliação. A avaliação formativa é realizada, verbalmente, ao final de cada atividade e assume um papel fundamental na melhoria do processo. Todos devem fazer a autoavaliação focalizando seu processo individual de aprendizagem. Também devem avaliar a atuação de seus pares e dos professores nas interações e produções de novos significados nesse processo.

6.2. COMUNIDADE DE APRENDIZAGEM

As comunidades de aprendizagem são formadas por especializandos, docentes, gestores e coordenadores do curso e dos projetos educacionais do IEP/HSL. Representam espaços e oportunidades de aprendizagem voltados ao intercâmbio de experiências e à construção de novos saberes. Todos procuram aprender com todos, durante todo o tempo. As comunidades de aprendizagem também se constituem em oportunidades para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, criação de vínculos solidários, corresponsabilidade pelo processo ensino-aprendizagem e pelo desenvolvimento de competência. Dependendo da atividade educacional, as comunidades de aprendizagem que incluem especializandos podem estar organizadas como:

equipes diversidade: formada por 5 a 7 participantes, de maneira a contemplar a maior diversidade possível de experiências prévias entre os especializandos. As equipes são acompanhadas pelos docentes, podendo ser redistribuídas quando necessário;

grupos afinidade: formado por até 9 participantes com atuação/vinculação às ações ou aos serviços relacionados a um determinado contexto/foco de interesse. Cada região pode ter até quatro grupos afinidade. Cada um desses grupos é acompanhado pelo mesmo docente durante todo o curso de especialização.

Espera-se que as comunidades de aprendizagem desenvolvam uma postura proativa na construção de sua trajetória no curso, pautada por relações respeitadas e éticas, com liberdade de expressão e corresponsabilidade. A colaboração, o desprendimento, a tolerância, a generosidade visam à construção de diálogos e de metapontos de vista, no sentido de ampliar a compreensão sobre os fenômenos envolvidos nos problemas a serem enfrentados (CROSS, 1998; SENGE, 1990; MORIN, 1999).

6.3. PAPEL DOS ESPECIALIZANDOS

A corresponsabilidade e o compromisso com o processo educacional desloca os especializandos do papel passivo de receber e reproduzir as informações transmitidas pelos docentes. Os especializandos, como sujeitos que aprendem, passam a desempenhar um papel ativo diante dos disparadores de aprendizagem. Por meio do processamento de situações simuladas e relatos de experiências, os especializandos identificam necessidades de aprendizagem e desenvolvem ações visando à construção de competência. Essa proatividade deve ser combinada com uma atitude aberta e respeitosa diante das distintas aproximações dos sujeitos em relação ao objeto de estudo. Trabalhar nas equipes diversidade e afinidade, aprendendo uns com os outros, e ampliar as capacidades para a formulação de perguntas e para a busca e crítica de informações é um compromisso com a construção de uma ciência com consciência, voltada à transformação da realidade, com vistas à melhoria da saúde e da vida das pessoas.

6.4. PAPEL DOS DOCENTES DO CURSO

Nos cursos de especialização do IEP/HSL, os docentes responsáveis pelas diretrizes pedagógicas e pela seleção das estratégias educacionais elaboram o caderno do curso e o formato das atividades educacionais. Os docentes chamados de especialistas dominam os conteúdos específicos a serem trabalhados para o desenvolvimento do perfil de competência. Eles são os responsáveis pelo conteúdo do material educacional e contribuem, especialmente, para o desenvolvimento do domínio cognitivo.

30

Além desses dois papéis, há docentes que atuam como facilitadores do processo ensino-aprendizagem. O papel desse docente é o de mediar a interação do sujeito que aprende com os objetos/conteúdos apresentados por meio dos materiais e atividades educacionais. Para exercer esse papel, o facilitador precisa mostrar respeito aos saberes dos especializandos, ética e estética, reflexão crítica sobre a prática, aceitação do novo, criticidade e capacidade para produzir e construir novos saberes. Cabe ao facilitador (FREIRE, 2008):

- promover a curiosidade e a criticidade;
- reconhecer que o processo educacional é inacabado;
- respeitar a autonomia do especializando;
- mostrar responsabilidade, tolerância e bom senso;
- integrar intenção e gesto, comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade.

Os especializandos devem encontrar no seu facilitador de aprendizagem um apoiador para a construção do perfil de competência, segundo os critérios de excelência estabelecidos. Ao trabalhar com o grupo, o facilitador procura tornar os encontros presenciais e a distância objetivos, fomentar a participação, gerar maior transparência, a fim de aprofundar a compreensão sobre um problema/situação e a interação entre os especializandos, bem como construir condições favoráveis para o trabalho coletivo. Assim, o facilitador precisa dominar as estratégias educacionais utilizadas para promover o desenvolvimento de capacidades dos especializandos.

Facilitadores e especialistas atuam de forma articulada e complementar, uma vez que, para além dos conteúdos cognitivos, o desenvolvimento de competência requer a inclusão de atributos psicomotores e atitudinais. A expressão mais concreta das habilidades e atitudes dos participantes ocorre na vivência das atividades educacionais e, nesse sentido, os facilitadores têm uma participação privilegiada no desenvolvimento de capacidades nesses domínios

6.5. PAPEL DO GESTOR DE APRENDIZAGEM

Os gestores de aprendizagem são docentes que trabalham diretamente com os coordenadores dos cursos e do IEP/HSL nos projetos educacionais de apoio ao SUS. Esses gestores são os responsáveis pelo desenvolvimento e avaliação do processo de capacitação dos docentes que atuam como facilitadores do processo ensino-aprendizagem. O gestor de aprendizagem fica vinculado a uma região de saúde e viabiliza a realização dos cursos nessa região. Os gestores são apoiados pelos coordenadores de curso, por três coordenações dos Projetos de Apoio ao SUS: geral, pedagógica e administrativa e por representantes do MS, CONASS e CONASEMS. As funções do gestor de aprendizagem são:

- apoiar a atuação dos facilitadores no processo ensino-aprendizagem nas diversas estratégias educacionais do curso de especialização;
- apoiar a realização dos encontros presenciais, incluindo infraestrutura;
- favorecer o diálogo entre as produções do curso e as necessidades da rede de atenção, na respectiva região de saúde.

7. Estrutura do curso

O currículo do curso de especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS está estruturado em dois eixos:

- simulação da realidade;
- contexto real do trabalho do especializando.

No eixo baseado na simulação da realidade, os autores e especialistas articulam os conteúdos selecionados a partir do perfil de competência e das estratégias e dos recursos educacionais a serem utilizados. Os especialistas também elaboram os textos utilizados como estímulos ou disparadores da aprendizagem dos participantes. Nesse eixo, a representação da realidade por meio de situações simuladas visa potencializar a aprendizagem, uma vez que combina elementos que podem não estar presentes em casos reais. As simulações promovem, ainda, a construção de pontes com o mundo do trabalho e favorecem um maior envolvimento dos participantes quando estes percebem a utilidade dos novos saberes para sua prática.

No eixo voltado ao contexto real, os especializando trazem e exploram sua prática profissional, com vistas à produção de um diálogo entre as aprendizagens construídas no curso e as possibilidades de aplicação e de transformação da realidade, considerando-se o campo de atuação do profissional da saúde. Como são relatos de práticas vivenciadas, são fortemente impregnadas de sentido e permitem que, a partir do seu processamento, o autor construa novos saberes/capacidades que possibilitem qualificar uma intervenção nessa realidade.

7.1. CARACTERÍSTICAS E ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO CURSO

A partir dos princípios que fundamentam a educação de adultos e o processo ensino-aprendizagem construtivista, foram definidas estratégias educacionais visando ao desenvolvimento das capacidades que fundamentam o perfil de competência. A combinação de diferentes atividades educacionais considerou as diversas formas pelas quais as pessoas aprendem, sendo organizadas de modo a potencializarem e ampliarem o processo de aprender.

Como características gerais, o curso de especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS é oferecido na modalidade semipresencial, com carga horária total de 360 horas, sendo: 288 horas presenciais e 72 horas de trabalho a distância. As atividades educacionais realizadas a distância representam 20% da carga horária total do curso. A especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS oferece 36 vagas para profissionais com formação universitária, vinculados a uma das regiões indicadas.

O curso é desenvolvido em encontros presenciais e virtuais nos quais são realizadas atividades educacionais sob orientação dos facilitadores de aprendizagem. Estes, por sua vez, são apoiados por gestores de aprendizagem, docentes especialistas e coordenadores educacionais do IEP/HSL. As atividades educacionais presenciais e a distância são:

- **Situação-problema:** atividade organizada por meio de encontros em pequenos grupos para o processamento de situações baseadas no mundo do trabalho. As situações-problema são elaboradas pelos docentes especialistas, com apoio dos autores da proposta educacional do curso, e cumprem o papel de disparadoras do processo ensino-aprendizagem. São processadas⁴ em dois momentos, sendo o primeiro denominado síntese provisória⁵ e o segundo, nova síntese⁶. Permitem a exploração de conteúdos cognitivos relacionados à especialidade em questão, sendo que o processamento das situações simuladas possibilita trabalhar conteúdos psicomotores e atitudinais, por meio de reflexão/avaliação sobre as interações que ocorrem no pequeno grupo.
- **Narrativa:** atividade organizada por meio de trabalho em pequenos grupos para o processamento de situações trazidas pelos participantes, a partir de suas próprias experiências. Também cumprem o papel de disparadoras do processo ensino-aprendizagem. As narrativas proporcionam, de forma mais direta e intensa, a exploração e reflexão sobre os contextos locais de cada participante. Além do desenvolvimento do domínio cognitivo, favorecem a ampliação de sentidos (escuta, olhar, percepção) e da emoção.

⁴ Para o processamento de uma situação-problema, os participantes devem ser estimulados a identificar o problema; formular hipóteses ou pressupostos que o explicam; relacionar as discussões com o disparador e com situações semelhantes encontradas na realidade; elaborar questões de aprendizagem para melhor explicar a situação; utilizar informações cientificamente fundamentadas; construir esquemas de conhecimento da forma mais correta e rica possível; autoavaliar e avaliar os participantes do trabalho em pequeno grupo e facilitador.

⁵ Síntese provisória – exploração de uma situação com identificação de conhecimentos prévios e das fronteiras de aprendizagem expressas nas questões de aprendizagem.

⁶ Nova síntese – socialização das buscas e novas informações para a construção de novos saberes a partir das questões de aprendizagem e da análise crítica das informações.

- **Aprendizagem baseada em equipe ou *team based learning* – TBL:** é uma estratégia que explora o domínio cognitivo, especialmente focalizado na resolução de problemas, mas também os domínios psicomotor e atitudinal, uma vez que utiliza a aprendizagem colaborativa entre participantes com distintos saberes e experiências. É desencadeada a partir de uma situação/contexto que funciona como disparador de aprendizagem. Cada participante analisa individualmente a situação ou os materiais indicados para um estudo prévio. Após esse estudo ou leitura, os participantes respondem a um conjunto de testes que abordam a tomada de decisão diante da situação/contexto em questão. Após compartilharem suas escolhas individuais, cada equipe discute as alternativas e busca um consenso ou pacto para a discussão dos resultados por equipe. As alternativas definidas pelas equipes são debatidas por um ou mais especialistas. Após os esclarecimentos e respostas às dúvidas das equipes, os especialistas apresentam desafios de aplicação dos conhecimentos em novas situações simuladas, no formato de oficinas, jogos ou dramatizações.
- **Plenária:** atividade presencial desenvolvida pelos participantes, que compartilham com as demais equipes ou grupos suas sistematizações e produções. Essa atividade pode cumprir o papel de uma nova síntese ampliada ou de socialização de produtos dos grupos afinidade. Para as equipes diversidade, são espaços de socialização de suas produções que podem ser analisadas pelos especialistas. Grupos e equipes podem utilizar a plataforma de EAD do IEP/HSL para o desenvolvimento/aprofundamento de suas produções.
- **Oficina de trabalho:** atividade presencial que pode ser realizada em pequenos ou grandes grupos, é orientada ao desenvolvimento de capacidades de caráter instrumental e de conhecimentos operacionais.
- **Viagem:** atividade social e artística dentro de um contexto pedagógico que contribui para a aprendizagem de forma ampliada e diversificada. Pode ainda ser organizada de maneira articulada a uma oficina de trabalho.
- **Educação a distância – EAD:** nessa modalidade de educação, o processo ensino-aprendizagem não ocorre presencialmente, sendo intermediado por tecnologias disponíveis que possibilitam interações síncronas (comunicação em tempo real, como por exemplo o chat) ou assíncronas (sem simultaneidade de participação, como por exemplo o fórum) entre participantes em diferentes localizações. Uma plataforma de aprendizagem virtual permite que educador e participantes desenvolvam atividades educacionais, socializem experiências, dados e informações, possibilitando a sistematização, a organização e a publicação de produções acadêmicas para suporte às atividades educacionais e de gestão acadêmica.
- **Aprendizagem autodirigida – AAD:** representa espaços protegidos na agenda dos participantes para que realizem suas buscas e análise de informações e para que ocorram orientações de portfólio. A AAD é um período estratégico nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, especialmente destinado ao desenvolvimento de autonomia de cada participante na construção de capacidades para o processo de aprender ao longo da vida. As características desse processo devem ser exploradas pelos facilitadores nos encontros de portfólio.

- **Portfólio de realizações:** momentos de encontro individual ou coletivo entre os participantes e o facilitador de aprendizagem para a construção e o acompanhamento da trajetória de cada especializando no curso, destacando facilidades e dificuldades na aprendizagem e desenvolvimento do perfil de competência. O acompanhamento da construção do portfólio e a orientação na elaboração do TCC devem ser focalizados pelo respectivo facilitador nesses encontros, que podem ser realizados presencialmente e a distância.
- **Trabalho de Conclusão de Curso:** é uma síntese reflexiva do portfólio, a ser construída individualmente pelos participantes, e representa o trabalho de final de curso. Por meio dessa síntese, cada participante registra, de modo reflexivo, seu processo de aprendizagem e as realizações que alcançou a partir das vivências no curso. Considerando que o curso utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem e um currículo integrado e orientado por competência, esses produtos buscam revelar as experiências singulares desenvolvidas pelos participantes diante das inovações tecnológicas educacionais para a capacitação de profissionais de saúde. Possibilita, ainda, uma análise em relação à apropriação de nossos saberes relacionados ao perfil de competência, no cotidiano do trabalho em saúde.
- **Projeto Aplicativo:** é uma atividade coletiva, desenvolvida em pequeno grupo, com foco na construção de uma intervenção na realidade. O projeto aplicativo é uma produção do tipo pesquisa-ação ou pesquisa participativa que envolve todos os participantes de um grupo afinidade na seleção, pactuação e caracterização de um problema para a construção de uma proposta de intervenção. Um dos objetivos da intervenção deve ser a melhoria dos processos de formação e da qualidade e da segurança na atenção à saúde, por meio da aplicação das ferramentas de gestão da clínica.

Ao considerarmos que “ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 2008), a construção de um projeto aplicativo representa uma oportunidade concreta para traduzirmos nossa ação como sujeitos que desejam transformar a realidade. No projeto aplicativo, o objeto de estudo e de aprendizagem coincide com os problemas ligados à vivência concreta dos participantes do grupo e com a possibilidade de intervenção nesses problemas.

Assim, por meio da construção do projeto aplicativo, busca-se promover um diálogo entre as aprendizagens, as capacidades desenvolvidas no curso e as possibilidades de aplicação e de transformação da realidade, considerando o campo de atuação do grupo. Essa estratégia educacional possibilita a construção de novos conceitos e paradigmas, levando em conta as oportunidades e ameaças que estão fora do nosso controle e as potenciais fortalezas que queremos utilizar para lidar com as situações que desafiam os profissionais de saúde no cotidiano do seu trabalho.

Espera-se que os objetos dos projetos aplicativos estejam diretamente relacionados aos problemas em que estão inseridos os participantes do respectivo grupo, possibilitando intervenções que reorganizem e qualifiquem o cuidado e os processos de formação, nos diferentes espaços de produção de saúde.

A construção e a sistematização do projeto aplicativo devem ser coletivas, considerando-se todos os participantes do grupo. O processo de seleção e priorização do problema até a definição e implementação das ações do plano de intervenção deverá ocorrer em espaço institucional real e contar com a participação dos envolvidos, de modo a inserir a perspectiva desses atores. A pactuação com os atores reais, considerando-se a região de saúde na qual estão inseridos os especializando do grupo, visa promover o comprometimento de cada um com a superação do problema priorizado, ampliando a viabilidade do projeto aplicativo.

• **Educação Permanente:** a atividade de educação permanente é destinada aos docentes do curso. É um espaço preservado para a discussão dos percursos singulares de cada grupo, de modo a considerar as especificidades e, paralelamente, garantir o alcance dos objetivos pelo coletivo. Possibilita agilidade no reconhecimento de limitações ou dificuldades e na formulação de planos de melhoria, quer com foco no curso ou na trajetória específica de um grupo, equipe ou participante. A identificação de conquistas e fortalezas permite o apoio entre os docentes, na direção da melhoria da qualidade do curso.

A carga horária do curso está distribuída segundo as atividades educacionais (ver Quadro 5). Há um período de tempo específico e protegido para que o especializando realize suas buscas e reflexões individuais. Esse período também é destinado ao acompanhamento e desenvolvimento do portfólio. No curso, a carga horária protegida para essas atividades recebe a denominação de aprendizagem autodirigida – AAD/Portfólio.

QUADRO 5

Carga horária dos especializandos, segundo atividade educacional, Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, IEP/HSL, 2014.

<i>Atividade Educacional</i>	<i>Carga Horária</i>
Situação-problema/Narrativa	32 horas
Plenária/TBL/Oficinas/Viagem	68 horas
Portfólio e Aprendizagem autodirigida – AAD	96 horas
Educação a distância	72 horas
Projeto aplicativo	92 horas
Total	360 horas
Trabalho de Conclusão de Curso	80 horas

7.2. PERÍODO, PERIODICIDADE E ORGANIZAÇÃO DOS ENCONTROS PRESENCIAIS

O curso de especialização é desenvolvido num período de dezoito meses, incluindo os momentos de planejamento, de capacitação de facilitadores, de seleção de especializandos e de avaliação. As atividades com os especializandos estão organizadas em nove meses, de abril a dezembro de 2014. Os dois primeiros encontros estão destinados à abertura, matrícula e acolhimento dos participantes, incluindo a distribuição desses nas equipes diversidade e grupos afinidade. Os demais encontros presenciais são desenvolvidos em três dias consecutivos (ver Quadro 6).

QUADRO 6

Encontro típico do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, IEP/HSL, 2014.

Período	Quartas-feiras	Quintas-feiras	Sextas-feiras
Manhã	TBL ¹ / OT ² / Plenária Equipes diversidade	SP ³ / Narrativa / Projeto Aplicativo Grupos afinidade	TBL ¹ / OT ² / Plenária Equipes diversidade
Tarde	Projeto Aplicativo Grupos afinidade	Portfólio/AAD	SP ³ / Narrativa / Projeto Aplicativo Grupos afinidade
Noite	Viagem/Portfólio/AAD ⁴	Portfólio/AAD	

Legenda: 1 – TBL: *Team Based Learning*; 2 – OT: Oficina de Trabalho; 3 – SP: Situação-problema; 4 – AAD: Aprendizagem Autodirigida.

Algumas atividades presenciais nos encontros típicos podem envolver videotransmissão a partir do IEP/HSL e ficam previamente agendadas para os períodos da manhã do primeiro e terceiro dias dos encontros. Os grupos afinidade desenvolvem atividades de processamento de situações-problema e narrativas, assim como a construção do projeto aplicativo. Em função do rodízio dos grupos nessas atividades, cada encontro terá uma definição específica de programação para os grupos afinidade, segundo atividade educacional a ser desenvolvida.

Os facilitadores desenvolvem atividades de educação permanente mensalmente, exceto nos meses de junho e julho, compreendendo a reflexão sobre a prática e o planejamento das atividades do curso. No período entre os encontros presenciais, os especializandos dedicam-se à construção do projeto aplicativo, em horários pactuados pelo respectivo grupo afinidade. A programação dos encontros presenciais e de educação permanente de facilitadores está detalhada no Apêndice I.

7.3. COMPROMISSO COM AS REGIÕES DE SAÚDE E SUAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A capacitação de profissionais de saúde do SUS locorregional, baseada no perfil de competência do preceptor do Sistema Único de Saúde, é o principal compromisso do curso com as regiões de saúde. Esse compromisso está orientado à construção de uma consciência crítica em relação à necessidade de melhoria dos processos de formação e a atenção à saúde no país.

A orientação do curso por competência propõe a articulação de capacidades nas áreas de saúde, gestão e educação para enfrentar os problemas da região de saúde, que desenvolvidas de modo integrado, podem propiciar uma intervenção mais qualificada e efetiva, no sentido da orientação do cuidado às necessidades de saúde das regiões.

A identificação de necessidades de saúde, individuais e coletivas, como disparadoras da construção do Projeto Aplicativo implica a intencionalidade do curso, voltada à promoção de uma reorganização da modelagem do sistema de saúde brasileiro, de modo a promover a integralidade do cuidado diante das necessidades identificadas. Esse é um compromisso do Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa com a melhoria da atuação do SUS e, conseqüentemente, da qualidade de saúde das pessoas.

Uma concepção ampliada e humanizada em relação às necessidades de saúde que inclua a dimensão subjetiva e social das pessoas e leve em consideração os desejos, os valores e a autonomia dos pacientes e familiares, bem como o trabalho em equipe na construção dos planos terapêuticos (CECÍLIO, 2001), reorienta a seleção dos conteúdos e saberes que compõem o marco referencial teórico da gestão da clínica no SUS. A ampliação desse marco teórico, para além da disseminação de ferramentas e dispositivos clássicos da gestão da clínica, atende aos princípios de cidadania e de direito à saúde trazidos pelo movimento sanitário que culminou com a constituição do SUS.

O apoio à consolidação das regiões de saúde, por meio de pactuações voltadas à realização dessa iniciativa educacional e à construção de projetos aplicativos viáveis, é um dos principais subprodutos do curso. Sua realização de modo descentralizado, em regiões de saúde, expressa a prioridade dada às dimensões da microgestão e mesogestão como produtoras de conhecimento e mobilizadoras na promoção de reflexões e construção de propostas de mudança.

8. Avaliação

A avaliação é considerada uma atividade permanente e crítico-reflexiva, tanto para o planejamento e desenvolvimento de programas como para o acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem em ações educacionais. Permite visualizar avanços e detectar dificuldades, subsidiando ações para a contínua qualificação do processo, dos produtos e dos resultados.

A proposta de avaliação para o curso de especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS tem como foco de análise o desenvolvimento do curso – processo ensino-aprendizagem, encontros e desempenho de especializandos e docentes; e as regiões de saúde participantes – processos, produtos e/ou resultados de melhoria dos processos de formação e cuidado à saúde por meio dos projetos aplicativos.

A avaliação está baseada nos seguintes princípios: (i) critério-referenciada; (ii) contínua, dialógica, ética, democrática e corresponsável; (iii) formativa e somativa.

A avaliação é critério-referenciada quando os objetivos e o perfil de competência desejados são utilizados como critérios ou referências para a avaliação de produtos e resultados. Em relação ao perfil do especializando, os desempenhos observados são comparados aos critérios de excelência estabelecidos no perfil, sendo consideradas as três áreas de competência profissional.

As características de continuidade, dialogia, ética, democracia e corresponsabilização expressam diretrizes que colocam a avaliação dentro do processo educacional e a serviço da construção dos valores e das prioridades traduzidos pelo perfil de competência do gestor da clínica no SUS. Nesse sentido, os critérios são previamente pactuados, diferentes perspectivas são incluídas e há a garantia de espaços para o diálogo dessas perspectivas, de modo orientado pela ética e pela corresponsabilização com os resultados.

As avaliações de desempenho têm caráter formativo quando objetivam a melhoria do processo e das aprendizagens dos participantes, sendo atribuídos os conceitos: “satisfatório” e “precisa melhorar”. O caráter somativo dessas avaliações cumpre o sentido de tornar visíveis as aprendizagens realizadas e o desenvolvimento de competência, indicando a aprovação ou reprovação no curso. Para tanto, serão atribuídos os conceitos “satisfatório” e “insatisfatório”, respectivamente, para aprovados e reprovados.

O desempenho dos especializando, dos docentes e os aspectos pedagógicos das atividades propostas são considerados na avaliação do processo ensino-aprendizagem. A infraestrutura, os recursos educacionais e a organização dos encontros/atividades, que dão suporte a esse processo, também são objetos de avaliação.

O acompanhamento e a avaliação do curso, como uma intervenção educacional na região de saúde, podem contemplar uma análise dos projetos aplicativos, dos trabalhos de conclusão de curso e dos desdobramentos relacionados à capacitação dos profissionais de saúde em educação na saúde.

8.1. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ESPECIALIZANDO

Será considerado aprovado no curso o especializando que obtiver:

- frequência mínima de 75% nas atividades presenciais;
- desempenho satisfatório nas atividades presenciais e a distância;
- cumprimento das atividades de avaliação;
- conceito satisfatório no Trabalho de Conclusão de Curso;
- conceito satisfatório no Projeto Aplicativo.

Frequência

38

As listas de presença devem ser assinadas durante a realização das atividades presenciais, sendo responsabilidade do facilitador entregá-las à Secretaria Acadêmica do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, conforme os fluxos estabelecidos. Faltas justificadas, por motivos estabelecidos na legislação vigente, devem ser comunicadas ao facilitador e à Secretaria Acadêmica, por meio do endereço eletrônico: secretaria.iep@hsl.org.br.

Avaliação formativa

As avaliações com características formativas são realizadas verbalmente durante e ao final de todas as atividades de ensino-aprendizagem, garantindo o reconhecimento de conquistas e oferecendo oportunidades de melhoria, de construção de novos significados e de renegociação do pacto de convivência, sempre que necessário. Para tanto, são focalizadas a autoavaliação, a avaliação de desempenho dos pares e do facilitador.

O acompanhamento e a avaliação do portfólio também têm caráter formativo e devem ser realizados durante os momentos presenciais. Devem ser utilizadas a análise documental e verbal para a identificação das realizações alcançadas na trajetória do participante no curso. Essa avaliação também tem referência no perfil de competência e deve ser orientada às necessidades individuais de aprendizagem, tanto as declaradas pelo especializando como as percebidas pelo facilitador.

Podem integrar o portfólio: memorial, expectativas, relatos, histórias, sínteses provisórias e novas sínteses, mapas conceituais, diagramas, referências bibliográficas e outros, conforme a necessidade e trajetória de cada especializando. Além desses registros, a avaliação e o acompanhamento de portfólio abrem espaço para as reflexões dos especializando, de modo a contemplar seus processos de autoconhecimento, autodesenvolvimento e realizações.

Avaliação somativa

A avaliação somativa focaliza o desempenho dos especializandos nas atividades educacionais. Cabe aos facilitadores elaborar duas sínteses escritas em documento específico (ver Apêndice II) e apresentá-las aos especializandos na metade e ao final do curso. Essa avaliação de desempenho deve analisar a tendência do desenvolvimento de competência, tendo como referência o perfil de competência do preceptor do SUS. Na metade do curso, devem ser atribuídos os conceitos “satisfatório” ou “precisa melhorar”. Na avaliação final, os conceitos utilizados devem ser “satisfatório” ou “insatisfatório”, que implicam, respectivamente, aprovação ou reprovação.

O Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, representado por uma síntese individual e reflexiva da trajetória e das realizações do participante a partir do portfólio, deve ser entregue dentro dos prazos estabelecidos, sendo avaliado pelo facilitador.

O projeto aplicativo, construído pelo grupo com orientação do facilitador e apoio do gestor de aprendizagem, também é avaliado de modo somativo. A avaliação desse produto levará em conta a forma como foram identificados e priorizados os problemas, assim como a proposta de ação para a educação na saúde na respectiva região de saúde.

Os aspectos e critérios específicos para a avaliação do TCC e do Projeto Aplicativo estão explicitados em Termos de Referência, disponíveis na plataforma do IEP/HSL.

8.2. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS FACILITADORES

A avaliação dos facilitadores deve ser realizada pelos especializandos a partir de um diálogo entre a perspectiva dos mesmos e o perfil de competência proposto. O objetivo dessa avaliação é a identificação de fortalezas e dificuldades no apoio à construção de capacidades do especializando, visando a uma prática educativa ética e reflexiva. A avaliação de desempenho dos facilitadores deve considerar a atuação destes na mediação e no favorecimento do processo ensino-aprendizagem e na construção do portfólio e do projeto aplicativo.

A avaliação formativa dos facilitadores deve ser realizada verbalmente ao final de cada atividade educacional por todos os participantes, incluindo a autoavaliação do facilitador. Duas sínteses escritas representando a perspectiva de cada participante devem ser registradas em formato específico (ver Apêndice III) e enviadas por meio da plataforma do IEP/HSL, na metade e ao final do curso.

8.3. AVALIAÇÃO DO CURSO

A avaliação do curso será processual, permitindo intervenções de melhoria contínuas e oportunas. A liberdade de expressão e as análises críticas são estimuladas e envolvem todos os atores do curso. Esse exercício faz parte do processo de aprendizagem e de uma prática democrática.

A avaliação quantitativa do curso é realizada ao final de cada encontro presencial e consiste na emissão de conceitos sobre os aspectos didático-pedagógicos, organizacionais e de infraestrutura. O formato específico (ver Apêndice IV) deverá ser preenchido e enviado eletronicamente por meio da plataforma do IEP/HSL, até dez dias após o término dos encontros.

Uma avaliação qualitativa deve ser aplicada na metade e ao final do curso, no sentido de caracterizar e interpretar a natureza dos critérios utilizados na emissão dos conceitos. Os docentes e coordenadores realizam as análises e a construção dos indicadores de desenvolvimento do curso, bem como sua apresentação e discussão com todos os envolvidos.

O registro das avaliações de desempenho e das avaliações do curso deve ser encaminhado por meio da plataforma do IEP/HSL, segundo prazos estabelecidos (ver Apêndice V).

9. Apêndices

9.1. APÊNDICE I - CALENDÁRIO DA PROGRAMAÇÃO DOS ENCONTROS PRESENCIAIS

Programação dos encontros presenciais, Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, IEP/HSL, 2014.

<i>Atividade Educacional</i>	<i>Datas em 2014</i>
Abertura e Acolhimento no Curso	02 e 03 de abril
Acolhimento nos Grupos Afinidade	23 e 24 de abril
EP Facilitadores*	Semana 28 a 30 de abril
Encontro I	21, 22 e 23 de maio
EP Facilitadores	Semana 26 a 30 de maio
Encontro II	04, 05 e 06 de junho
EP Facilitadores	Semana 04 a 08 de agosto
Encontro III	27, 28 e 29 de agosto
EP Facilitadores	Semana de 01 a 05 de setembro
Encontro IV	24, 25 e 26 de setembro
Encontro Socialização dos Projetos Aplicativos**	30 de setembro
EP Facilitadores	Semana 29 de setembro a 03 de outubro
Encontro V	22, 23 e 24 de outubro
EP Facilitadores	Semana 27 a 31 de outubro
Encontro VI	19, 20 e 21 de novembro
EP Facilitadores	Semana 24 a 28 de novembro
Encontro VII	03, 04 e 05 de dezembro
Encontro Apresentação dos Projetos Aplicativos**	10 de dezembro
EP Facilitadores	Semana 8 a 12 de dezembro

* Os encontros de educação permanente de facilitadores terão a duração de dois dias e as datas poderão ser pactuadas em cada região desde que o encontro seja realizado na semana indicada.

** Essas datas poderão ser pactuadas em cada região desde que o encontro seja realizado na semana indicada.

9.2. APÊNDICE II – FORMATO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ESPECIALIZANDO

Especializando: _____ Grupo Afinidade: _____
 Facilitador(a): _____ Data: ____ / ____ / ____

1. Como têm sido as contribuições do(a) especializando(a) nas atividades presenciais e a distância? Justifique.

2. Como tem sido o desenvolvimento de capacidades nas três áreas de competência: saúde, gestão e educação, considerando o portfólio? Justifique.

3. Como tem sido o cumprimento dos pactos de trabalho? Justifique.

4. Recomendações e/ou sugestões individualizadas do(a) facilitador(a) ao(à) especializando(a):

5. Comentários do(a) especializando(a):

Conceito: Satisfatório Precisa melhorar (avaliação formativa)/Insatisfatório (avaliação somativa)

 Assinatura do(a) Especializando(a)

 Assinatura do(a) Facilitador(a)

9.3. APÊNDICE III – FORMATO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO FACILITADOR

Facilitador(a): _____ Grupo Afinidade: _____
Especializando(a) (identificação opcional): _____ Data: ____/____/____

1. Como tem sido a participação do(a) facilitador(a) nas atividades presenciais e a distância? Justifique.

2. Como tem sido o cumprimento do pacto de trabalho? Justifique.

3. Comentários e/ou sugestões do(a) especializando(a) ao(à) facilitador(a):

Conceito: Satisfatório Precisa melhorar

9.4. APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DOS ENCONTROS/CURSO

1. Avaliação dos aspectos didático-pedagógicos

1.1. Atividade: Situações-problema	O	B	R	P	NA
1.2. Atividade: Narrativa	O	B	R	P	NA
1.3. Atividade: Plenária/TBL	O	B	R	P	NA
1.4. Atividade: Oficina de trabalho	O	B	R	P	NA
1.5. Atividade: Viagem	O	B	R	P	NA
1.6. Participação do facilitador do grupo afinidade	O	B	R	P	NA
1.7. Participação do professor na plenária/TBL	O	B	R	P	NA
1.8. Participação do professor na oficina de trabalho	O	B	R	P	NA
1.9. Aprendizagem autodirigida – ADD	O	B	R	P	NA
1.10. Comentários sobre os aspectos didático-pedagógicos:					

2. Avaliação da organização das atividades

2.1. Relevância do encontro para sua prática profissional	O	B	R	P
2.2. Pertinência, atualidade e inovação das temáticas abordadas	O	B	R	P
2.3. Organização e distribuição das atividades educacionais no curso	O	B	R	P
2.4. Adequação dos recursos educacionais às atividades realizadas	O	B	R	P
2.5. Horários e períodos programados	O	B	R	P
2.6. Comentários sobre a organização das atividades:				

3. Avaliação da infraestrutura e dos recursos educacionais

3.1. Instalações físicas das salas: conforto e recursos audiovisuais	O	B	R	P
3.2. Recursos de Informática: instalações, recursos e acesso	O	B	R	P
3.3. Plataforma de educação a distância: acesso e funcionalidade	O	B	R	P
3.4. Secretaria acadêmica: informações e atendimento	O	B	R	P
3.5. Comentários sobre a infraestrutura e recursos educacionais:				

4. Avaliação dos Encontros/Curso

4.1. Como avalia o Encontro/Curso?	O	B	R	P
4.2. Comentários adicionais e/ou sugestões para melhoria do curso:				

LEGENDA: O - ótimo / B - bom / R - regular / P - péssimo / NA - não se aplica

9.5. APÊNDICE V – CRONOGRAMA E FLUXOS DE ENTREGA DAS AVALIAÇÕES

Cronograma de entrega das avaliações segundo foco, responsável e prazos, Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, IEP/HSL, 2014.

Avaliações	Responsável	Prazos
Avaliação desempenho dos especializandos 1ª Síntese	Facilitadores	Até o último dia do encontro de agosto
Avaliação desempenho dos especializandos 2ª Síntese	Facilitadores	Até o último dia do encontro de dezembro
Avaliação desempenho dos facilitadores 1ª Síntese	Especializandos	Até o último dia do encontro de agosto
Avaliação desempenho dos facilitadores 2ª Síntese	Especializandos	Até o último dia do encontro de dezembro
Avaliação dos Encontros	Especializandos	Até 10 dias após a realização de cada encontro
Avaliação final do curso	Especializandos	Até 10 dias após o término do encontro de dezembro

10. Referências

- ALMEIDA M. (Org.). Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. 1. ed. Londrina: Rede Unida, 2003.
- AUSUBEL D, NOVAK JD, HANESIAN H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- AYRES, J.R.C.M. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2002.
- BACHELARD G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. 9. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BANCO MUNDIAL. Enfrentando o desafio das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil/ Banco Mundial, 2005. Disponível em: <<http://www-wds.worldbank.org>>.
- BANDURA A. Self-efficacy mechanism in human agency, 1982. Disponível em: <http://www.jennyarntzen.com/tsed321_951/current_files/pdf/Bandura_1982>.
- BARROWS, H.S., TAMBLYN, R.M. Problem-based learning. New York: Springer Press, 1980.
- BAZZOLI, G.J. et. al. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. Health Services Research, 33: 1683-1717, 1999.
- BELLONI, M. L. Educação a distância. Campinas: Autores Associados, 1999.
- BEVILACQUA, R. G.; SAMPAIO, S. A. P. As especializações: histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L. D. (Org.). Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2002. p. 33-90.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento: pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.2). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS: gestão participativa, cogestão. 2. ed. Brasília, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Clínica ampliada. Brasília, DF, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf>.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao/const/>. Acesso em fevereiro de 2013.
- BRASIL. Portaria nº 1001, de 22 de outubro de 2009. Instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de outubro de 2009.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 21 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de julho de 2011.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de outubro de 2013.
- BRUNER JS. La importancia de la educación. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, 1987.
- CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 25(2):53-9, outubro, 2001.
- CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rochschild, 2008.
- CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CAMPOS, S.W. G. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

- CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CAR-HILL, R.; PLACE, M.; POSNETT, J. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.; POSNETT, J. Concentration and choice in healthcare. London: The Royal Society of Medicine Press, 1997.
- CASTELLS, M. A sociedade em rede. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. 1.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco, 2001. p. 113-27
- CHAMPAGNE, F. et al. Integration of health care and services. Montreal: University of Montreal/GRIS, 2003.
- CHRISTENSEN C.M. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais em saúde. (capítulo 4). In: CAMPOS, G. W. S.; e PIRES GUERREIRO, A.V. (Org.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- COILE, R.C. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D.A. Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago: Health Administration Press, 1997.
- COLL, C. Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática, 2000.
- CROSS, P. Why learning communities? Whyhow? About campus, 3(3), 4-11, 1998.
- CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Tese de Mestrado. DMPS-FCM-Unicamp, 2004.
- DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.
- DEWEY J. Experiência e educação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- DOWLING, W. L. Strategic alliances as a structure for integrate d delivery systems. In: CONRAD DA. Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- ELIAS, P. M. E.; NUNES, M. P. T.; VIEIRA, J. E.; FERRAZ SILVA, L. F.; CARRO, A. R. L. Relatório Final: Especialização em Serviços de Saúde - Residência Médica: Programas, Vagas e Perfil dos Residentes da Federação. São Paulo: Ministério da Saúde, 2004.
- ELIAS, P.E.M. Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência (Tese de mestrado). Orientador: Amélia Cohn. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva; 1987.
- ENTHOVEN, A.; TOLLEN, L.A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. Project Hope, The People-to-People Health Foundation, 2005.
- FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.
- FEUERWERKER, L. Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n.18, p. 489-506, set./dez. 2005.
- FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. IN: MERHY, E.E. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
- FRENK, J. et al. La transición epidemiologica en America Latina. Bol. OF. San.Pan. 111:458-96, 1991.
- FURTER, P. Educação permanente e desenvolvimento cultural. Petrópolis: Vozes Limitada, 1975.
- GIRARDI, S.N.; CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H. A fixação dos profissionais de saúde em regiões de necessidade. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio, 2009.

- GIRARDI, S. N.; PETTA, H. L.; OLIVEIRA, V. A. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores da saúde. Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado em Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HAGER, P.; GONCZI, A. What is competence? *Medical Teacher*, 18(1):3-15, 1996.
- HAM, C. Clinically integrated systems: the next step in English health reform? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies, Health Services, Briefing Paper, 2007.
- HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, sup.2, p. 331-6, 2004.
- HILDEBRANDT, H.; RIPMANN, K. Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- KNOWLES, M. *The adult learner: a neglected species*. Houston: Gulf Publishing Company, 1990.
- LAMBERT, J.B. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.
- LETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T.A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.A.; POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- LIMA, V. V. Competência: diferentes abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 17, p. 369-79, marc./ago. 2005.
- LIMA VV. Mortalidade precoce e por causas evitáveis, municípios de Lins e Penápolis, Estado de São Paulo, 1979-81 e 1990-92. São Paulo, 1996 [Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública].
- MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. (Capítulo 7). In: CAMPOS, G.W.S.; e PIRES GUERREIRO, A.V. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.
- MATURANA H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte, 2009.
- MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. 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.
- MERHY, E.E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MICALLEF, J. Apports des réseaux en santé publique: conditions de mise en place et de fonctionnement en clinique et en recherche. *Thérapie*, 55: 541-545, 2000.
- MICHAELSEN LK, SWEET M. The essential elements of Team-Based Learning. *New Directions for Teaching and Learning*, n. 16, Winter, 2008.
- MORIN, E. *O pensar complexo*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- MORIN E. *Ciência com consciência*. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- MORRISON, S.; WALSH, F.K. Writing multiple-choice test items that promote and measure critical thinking, v. 40, n. 1, p. 17-24, jan. 2001.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (PAHO). *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas*. Washington: HSS/OPS/OMS. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas, 2008).
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. p.187-220.

- PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? *Revista Saúde em Debate*; Rio de Janeiro, (14):59-65, ago,1996.
- PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p.11-24.
- PERRENOUD, P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens - entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- REGO TC. *Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da Educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- SÁ-CHAVES, I. *Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000. (Cadernos didáticos. Série Sup.1).
- SANTOS, L.; ANDRADE, L.O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: Conasems, Idisa, 2007.
- SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. Jul 4, 1998; 317(7150): 61-65.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHMIDT, H.G. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes, *Med Educ*, 27: 422-32,1993.
- SENGE, P.M. *A quinta disciplina*. 10. ed. São Paulo: Best Seller, 1990.
- SILVA, S.F. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: IDISA, CONASEMS, 2008.
- SILVA, S.F. *Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr., 2009.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- STOTZ, E.N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito - contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde*. 1991. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.
- TAUCHER E. *Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas*. CELADE, série A, 162, Santiago, 1978.
- VENTURELLI, J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington (DC): OPS/OMS, 1997. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, 5).
- VIGOTSKI, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- VYGOTSKY, L. *Construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- WARNER, M.N. *Integrated care developments in Europe*. Barcelona: WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*. Discussion Paper, Draft, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/CSDH>>.



Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Rua Cel. Nicolau dos Santos, 69
Bela Vista - São Paulo - SP
CEP 01308 060

Tel.: 55 11 3155 8800 (seg. a sex. das 8h às 20h)
Fax: 55 11 3155 0494
iep@hsl.org.br
www.hospitalsiriolibanes.org.br/ensino



*Escaneie o código
acima para mais
informações sobre
nossas atividades.*



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA