

Reflexões sobre a Inserção da Temática Gestão da Clínica na Formação Profissional em Saúde

Reflections about the Approach of Clinical Governance in Health Education

Tais Soares Sena^I
Mariana Lisboa Costa^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Integralidade em Saúde;
- Metodologias Ativas;
- Gestão da Clínica.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Comprehensiveness in Health;
- Active Methodologies;
- Clinical Governance.

RESUMO

O delineamento de um sistema de saúde gratuito de cobertura universal, a partir da garantia constitucional de direito à saúde em seu conceito mais abrangente, representou grande avanço para a Saúde Pública no Brasil. Entretanto, a persistência de problemas como a má gestão e insuficiência de recursos, aliados às dimensões continentais do País e às diferenças consideráveis entre as suas regiões, compromete o acesso, a qualidade e a eficiência do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)^I. Nesse contexto, urge a mudança do modelo assistencial vigente, para o que se torna fundamental a reforma do perfil do profissional de saúde nele inserido. O presente trabalho relata a experiência de aprendizagem de uma especializanda em um curso de Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do SUS e a contribuição do emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem para amplificar a aquisição de novos conteúdos aplicáveis à sua prática profissional. Trata-se de um relato da trajetória de uma médica inserida no SUS, que descreve suas principais reflexões sobre uma nova temática, guiada por uma nova maneira de aprender.

ABSTRACT

The design of a health system of free and universal coverage, based on the constitutionally guaranteed right to health in its broadest sense, represents a major breakthrough for public health in Brazil. However, persistent problems have hindered its implementation, such as mismanagement and lack of resources, combined with the continental dimensions of the country and the considerable differences between its regions, resulting in impaired access, quality and efficiency of healthcare in the Unified Health System (SUS)^I. In this context, it is urgent to change the current health care model, as well as the profile of the health care professional built into it. This paper refers to the learning experience of a SUS doctor in a course on Clinical Governance in Health Regions of the SUS, and the contribution of active teaching and learning methodologies to expanding the acquisition of new content applicable to professional practice. It is a report of an SUS doctor's experience and her reflections on this new theme, guided by a new learning method.

Recebido em: 15/11/2014

Aprovado em: 16/01/2016

^I Hospital Especializado Couto Maia; Hospital Universitário Professor Edgard Santos; Salvador, BA, Brasil.

^{II} Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

O delineamento de um sistema de saúde gratuito de cobertura universal, a partir da garantia constitucional de direito à saúde em seu conceito mais abrangente, representou grande avanço para a Saúde Pública no Brasil. Entretanto, a persistência de problemas como burocracia, má gestão, corrupção, insuficiência de investimentos e limitação quantitativa e qualitativa de recursos humanos, aliados às dimensões continentais do País e às diferenças econômicas, sociais, culturais e ambientais entre as suas regiões, resulta em comprometimento do acesso, qualidade e eficiência do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Neste contexto, urge a mudança do modelo reducionista, hospitalocêntrico, fragmentado e desumanizado para uma visão socialmente comprometida e mais direcionada às necessidades de saúde da população.

A inserção do Curso de Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do SUS (CGCRS) partiu da busca pelo entendimento do atual panorama da Saúde Pública do Brasil. Esse cenário é bastante complexo, pois há coexistência de doenças infecciosas, crônico-degenerativas e seus fatores de risco, de agravos decorrentes de causas externas em escala crescente, entre outras questões, numa demografia em transição e com maior consciência social, para o que sistemas fragmentados não possuem capacidade de resposta².

As bases do SUS refletem um grande movimento pela busca da ampliação dos direitos sociais, marco da transição para um regime democrático, cuja fundamentação pautada na universalidade, justiça e sustentabilidade culminou na garantia constitucional à saúde e na ampliação de seu conceito^{3,4}. Apesar do crescimento econômico e dos avanços na esfera social, que resultaram na melhoria das condições de saúde e da expectativa de vida do brasileiro, o País ainda figura como um dos mais desiguais do mundo⁴, impactando o processo de cuidado à saúde, que passa a ser um grande desafio na contemporaneidade.

O SUS enfrenta relações conflituosas de poder, trabalho e afeto, reprodutoras de práticas desumanizadas⁵, produto do desnível entre a formação profissional e a estruturação das equipes de trabalho, num momento de expansão das escolas de formação superior⁶. O modelo de formação superior em saúde no Brasil, que apoia as abordagens individualistas, contrapõe-se aos valores que fundamentam o SUS, comprometendo, em última instância, sua eficiência¹. Agravando a situação vigente, as desigualdades da distribuição de renda, de recursos e da capacidade política dos representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde comprometem a efetividade dos mecanismos de controle social nas três esferas de governo, restringindo sua capacidade deliberativa^{3,7}.

Há disparidades no emprego dos recursos em saúde, com carência dos básicos e realização de intervenções infundadas de alta tecnologia⁴. Além disso, na atenção secundária, há grande dependência do setor privado, que prioriza usuários com planos de saúde suplementar, contribuindo para a desigualdade de acesso e assistência entre estes e usuários do SUS numa mesma instituição⁸.

A rede de cuidado à saúde depara-se com a falta de integração da Atenção Básica (AB) com os outros níveis de assistência, e com a existência de subsistemas paralelos dentro do SUS, que gera dificuldades de coordenação e de continuidade do cuidado. O cenário é agravado pela ineficiência de mecanismos de regulação e referência/contrarreferência, pelo desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, pela falta de responsabilização dos atores envolvidos, pelas descontinuidades administrativas e pela mudança de gestores por motivos políticos. A alta rotatividade da força de trabalho na AB e a falta de integração entre serviços tradicionais persistentes na mesma área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, que geram duplicidade de atendimentos/procedimentos, também comprometem a eficiência do sistema⁸.

Experimenta-se a perda da confiança da população na equipe de saúde e a baixa produtividade e qualidade dos serviços prestados, reflexo das condições com que os trabalhadores da saúde são tratados. Há uma desarticulação entre a saúde e os agentes que a promovem, com oferta de baixos salários, ausência de incentivos, estrutura física deficiente e falta de políticas de valorização profissional⁶, resultando em alta rotatividade e distribuição desigual dos trabalhadores, falta de carreiras estruturadas e grandes diferenças salariais entre regiões⁷.

A atuação profissional sofre influência da burocratização e racionalização que atingem outros setores da economia, e da imposição de cotas de procedimentos e medicamentos, provocando alterações na estrutura e no atendimento à população e na autonomia de profissionais especializados. A gestão do trabalho em saúde sofre, ainda, com sua burocratização e com a terceirização de vínculos, resultando em diversidades no processo de trabalho na mesma esfera institucional⁶.

A mudança do modelo médico-centrado, curativo, fragmentado, hospitalocêntrico, remunerado por procedimentos e no qual o usuário é espectador é um grande desafio. A evolução de aspectos do conhecimento, sociais e sanitários, impõe ao profissional de saúde a capacidade para resolver problemas complexos e conceituar novas hipóteses, compreender profundamente a condição humana e as relações interpessoais, agregando competências em gestão e liderança de grupos⁹.

O presente trabalho refere-se à experiência de aprendizagem de uma especializanda em um CGCRS e à contribuição do emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem para amplificar a aquisição de novos conteúdos aplicáveis à sua prática profissional. Trata-se de um relato da trajetória de uma profissional médica inserida no SUS, com toda a sua formação anterior baseada nas metodologias de ensino tradicionais, e da trajetória percorrida em uma nova temática, carregada por uma nova metodologia, descrevendo suas principais reflexões ao longo do caminho para o alcance das principais expectativas individuais iniciais acerca do curso.

A EVOLUÇÃO DO PAPEL E DA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A gestão do trabalho contemporânea precisa integrar qualificação, proficiência técnica e comprometimento com a igualdade em saúde. Para isto, propõe-se um rearranjo do ensino superior, com cursos interdisciplinares e modelos inovadores, que rompem com modelos tradicionais de prestação de serviço e reducionismo. Deve-se incorporar uma visão humanística às questões envolvidas no processo de cuidado, com promoção do trabalho em equipe¹ e centralizando os esforços na igualdade de acesso⁴. A responsabilidade do cuidado deve ser estendida aos gestores⁶. A educação em saúde deve incentivar a formação generalista de profissionais voltados para a saúde pública e programas de educação permanente⁷.

O novo papel profissional que se impõe na atualidade pode ser promovido em maior potencialidade por meio do emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que deslocam o foco de atenção para o educando, que deve participar ativamente do seu processo educacional, considerando sua vivência prévia. Adicionalmente, promovem a contextualização do educando na comunidade, considerando todas as suas dimensões, proporcionando a transformação do indivíduo em um ser criticamente atuante, capaz de transformar, por sua vez, a realidade na qual se insere. Tais metodologias instrumentalizam os profissionais em aspectos técnicos, éticos e políticos, promovendo a reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações criativas para transformar a realidade¹⁰.

A metodologia da problematização empregada no CGCRS fundamenta-se nos princípios de Paulo Freire, sendo desenvolvida com base na observação da realidade, seguida pela identificação dos pontos-chave, pela teorização e formulação de hipóteses de solução, culminando pela aplicação à realidade. Por meio da problematização, o especializando utiliza reflexões sobre a sua vivência, tendo a realidade social como ponto de partida e chegada¹⁰.

A adaptação à nova metodologia e a necessidade de disciplina para a manutenção de uma aprendizagem autodirigida podem representar verdadeiro desafio nesse processo e fator limitante para os mais tradicionais. A dificuldade inicial, no entanto, pode ser rapidamente convertida em estímulo, principalmente ao se visualizar a valorização das vivências pessoais e profissionais prévias na estruturação dos novos saberes. Ao ultrapassar as fronteiras teóricas, a problematização proporcionou a adequação do aprendizado à realidade concreta e, conseqüentemente, a sua aplicabilidade no território de atuação. Dessa forma, o aprendizado pode ser sedimentado, e não impositivamente memorizado.

O intercâmbio de experiências entre educandos de diferentes áreas de formação resultou em produções permeadas por riqueza reflexiva, em que percepções diversas são incorporadas aos produtos. Houve o estímulo constante ao trabalho em equipe e à interdisciplinaridade, com transposição das fronteiras dos espaços físicos de discussão em direção à prática nos serviços de saúde de atuação dos diferentes profissionais. O acolhimento e a escuta qualificada começam a ser trabalhados, dessa forma, no próprio espaço de estudo, com o exercício constante de tolerância, respeito e valorização das contribuições que cada um certamente pode oferecer.

O processo, no entanto, não está dissociado da teoria, que deve ser continuamente buscada com base nas provocações suscitadas nas atividades. É necessário comprometimento, dedicação e disciplina na gestão da aprendizagem autodirigida, essencial na busca por referenciais teóricos e na reflexão para a elaboração das novas sínteses das atividades propostas.

COMPREENSÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA E A CLÍNICA AMPLIADA

Além da compreensão da situação da saúde no País e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ponto essencial para a contextualização no curso foi a busca por conceitos da Gestão da Clínica (GC) e da Clínica Ampliada, até então desconhecidos. O pensamento inicial, errôneo e compartilhado por muitos colegas, de que se trataria de um curso de gestão rapidamente deu lugar a uma inquietação conceitual, que motivou a busca por respostas em igual velocidade.

Buscando as referências sobre o tema, pode-se compreender que a Clínica Ampliada se contrapõe ao modelo assistencial tradicional, por centrar-se no sujeito e em suas necessidades, considerando sua singularidade e propondo a sua corresponsabilização no processo do cuidado. A escuta qualificada deve favorecer o acolhimento do usuário nos serviços, a construção de vínculos e a identificação de suas necessidades, evitando procedimentos desnecessários e personalizando os planos te-

rapêuticos, com a busca de conhecimentos e tecnologias em outros setores e na multiprofissionalidade¹¹. Nela, ferramentas são desenvolvidas de maneira a ofertar ao usuário o cuidado no tempo e espaço oportunos, e com a qualidade requerida.

De acordo com Mendes¹², a GC busca a evolução da gestão em saúde, partindo dos princípios anteriormente descritos, por meio da:

[...] aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.¹²

Impõe-se, segundo a lógica evolutiva proposta pela GC, uma reflexão sobre a clínica produzida e a que se precisa produzir, para que o usuário seja o grande beneficiário das intervenções. As inquietudes geradas por tal observação devem impulsionar a proposta de mudanças da realidade. Além dos aspectos relacionados à formação do profissional de saúde com o perfil voltado aos princípios do SUS, à prática clínica ampliada e às mudanças no processo de gestão do trabalho, já citados, observa-se a necessidade de reestruturação do modelo assistencial, com avanço no processo de descentralização na direção da AB. Com isso, procura-se oferecer acesso universal, serviços abrangentes e implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de agravos, com regulação mais eficiente do acesso aos demais níveis de assistência⁸.

As equipes de Saúde da Família, enquanto ponto de contato com o sistema de saúde local, devem coordenar a atenção e integrar-se com os serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. A Política Nacional de Atenção Básica, a implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde e a criação dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família pelo governo são estratégias para melhoria do acesso e qualidade dos serviços⁸. É preciso, ainda, vincular a Estratégia de Saúde da Família à Vigilância à Saúde, fortalecendo os sistemas de informação¹³.

As redes de atenção à saúde precisam garantir a continuidade da atenção, equilibrando a demanda espontânea e a oferta organizada, e promovendo a integralidade em todos os níveis de atenção. A promoção de ações intersetoriais pode proporcionar a implementação de políticas públicas que atuem sobre os determinantes sociais em saúde¹³. Deve-se procurar otimizar o uso de tecnologias, sistemas de informação em saúde, de monitoramento e de avaliação, e buscar a sustentabilidade em relação a tecnologias de alta complexidade⁷, com revisão das relações público-privadas⁸.

A participação social no SUS, regulamentada pela Lei 8.142/90, que estabeleceu Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis, pode propor diretrizes para as políticas, contribuindo para a inclusão de temas importantes na agenda pública⁷. A cooperação social é capaz de ampliar o papel da sociedade nos processos decisórios e de forçar maior engajamento dos gestores na elaboração e implementação de políticas públicas³.

Um dos aspectos fundamentais trabalhados nas oficinas do CGCRS foi a diferenciação entre os problemas visualizados no cenário de saúde dos macroproblemas da GC. A partir das discussões, pode-se entender que nem todos os incômodos observados na prática diária correspondem à temática da GC e que os macroproblemas podem ser agrupados em três grandes blocos – falta de acesso, modelo clínico-assistencial insuficiente às necessidades da população e falta de integralidade em suas diferentes dimensões.

Os marcadores dos macroproblemas da GC envolvem a compreensão reducionista do processo saúde-doença, a fragmentação da atenção e dos serviços, práticas de riscos e danos à saúde, o distanciamento da atenção à gestão, processos avaliativos e de educação das equipes de atenção e gestão incipientes, além de ineficiência, ineficácia e inefetividade. Com base nessas observações, foi possível focar a atenção nos problemas citados, visando à busca contínua de sua superação na esfera individual de governabilidade, enquanto profissional, ser humano e detentora de algum conhecimento teórico.

Foi possível ratificar, ainda, que a presença de recursos pode ser insuficiente para a humanização da atenção e da gestão no SUS, sendo necessários instrumentos que permitam a integração entre a clínica e a gestão, com incentivo à gestão participativa. O diálogo qualificado deve ocorrer entre os membros de uma equipe e entre diferentes equipes de diferentes serviços, indo além do mero encaminhamento de usuários¹¹.

As discussões sobre o entendimento das necessidades de saúde da população despertaram uma intensa reflexão sobre o embasamento para a tomada de decisões, habitualmente engessado na esfera biológica (principalmente na classe médica). Nas atividades que abordaram o tema durante o CGCRS (Oficinas de Trabalho, *Team Based Learning* e Plenárias), uma das especialistas ressaltou haver um desencontro entre o que a população precisa, o que esta acha que precisa, o que a equipe de saúde julga que ela precisa e o que se consegue efetivamente oferecer, gerando ineficiências e conflitos na rede de atenção. Tal diferenciação pode residir na qualidade da escuta, no acolhimento e na vinculação do usuário na AB, motivando sua utilização pela população. Com frequência, a equipe de saúde entende erroneamente que todas as demandas são

respondidas por uma consulta médica direcionada a um problema orgânico.

Dessa forma, é crucial o ajuste das relações dentro das equipes, permitindo a valorização de outros profissionais, e que estes ampliem e qualifiquem a escuta aos sofrimentos dos usuários, o que requer um exercício de escuta bidirecional. A mudança de perspectivas pode ser favorecida pela inserção de apoiadores e pelo intercâmbio com profissionais externos à unidade. A escuta limitada empobrece a clínica e é o início da má utilização dos recursos, pois leva à ineficiência do sistema e a gastos desnecessários. O discernimento entre problemas e necessidades de saúde irá nortear, inclusive, o delineamento das Linhas de Cuidado (LC) e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), potentes instrumentos da GC.

PERCEPÇÕES SOBRE FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS DA GESTÃO DA CLÍNICA

Durante o curso, tecnologias e ferramentas da CG interessantíssimas, factíveis e potentes na obtenção de resultados foram não somente apresentadas, mas também praticadas, muitas utilizando um cenário simulado de uma cidade. Simulado, porém com características muito semelhantes às da maior parte das regiões do Brasil, o que conferiu um sentido a mais na proposição das construções.

A primeira delas e que muito se destacou contrapõe-se à superficialidade da lógica dos centros de especialidade na produção do cuidado, que precisam ter sua organização reestruturada. Nesse sentido, as equipes de referência (ER) e o matriciamento favorecem a interdisciplinaridade, assegurando a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. A ER, determinada na unidade básica de saúde mais próxima ao paciente, é composta por profissionais de diferentes formações, todos com a mesma relevância na contribuição para a condução dos casos. Ela se torna responsável pelo acompanhamento do usuário próximo ao seu território, contando com uma retaguarda especializada em termos tanto assistenciais como técnico-pedagógicos, por meio do matriciamento¹⁴.

A ER e os especialistas de apoio elaboram de maneira compartilhada diretrizes clínicas e sanitárias, que devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade, tanto dos diferentes integrantes da ER quanto dos apoiadores matriciais¹⁴. Os profissionais do apoio matricial podem participar das reuniões das equipes de Atenção Básica ou secundária, discutindo PTS, realizando atendimentos conjuntos e seminários para a incorporação de conhecimento. Essa estratégia proporciona o fortalecimento de vínculos e a desburocratização dos encaminhamentos intermináveis do usuário a especialistas¹⁵. A criação de espaços de compartilha-

mento, discussão, elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos depende, entre outros aspectos, de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde¹⁴.

As redes de atenção à saúde são mais uma tecnologia que pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Sua organização visa promover a assistência contínua ao usuário em seus diferentes níveis, a partir da AB. Os pontos de atenção se relacionam horizontalmente, guardam objetivos comuns e intercambiam recursos, de maneira a promover o cuidado em momento oportuno².

Na composição das redes, a população deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas potenciais de informação, dividida em subpopulações de acordo com os fatores de risco e condições de saúde. A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes (centro de comunicação e atenções primária, secundária e terciária), pelas ligações entre eles (apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas logísticos) e pelo sistema de governança da rede, o qual gere todos os componentes de atenção. A organização do funcionamento das redes se dá por meio do modelo de atenção à saúde, podendo atender a condições agudas e crônicas².

Ainda considerando as necessidades de saúde dos usuários, a concepção das LC parte da missão institucional de garantia do cuidado¹⁶. Elas podem ser utilizadas na reorganização dos processos de trabalho na AB, que devem ocorrer sem fragmentação, de maneira integrada, em cadeia produtiva, estruturada no usuário e na política de intersetorialidade. O PTS deve ser de responsabilidade da equipe da AB, que garante o acesso aos outros níveis de assistência. Os atores que controlam os recursos assistenciais das LC deverão formar um comitê gestor, que deverá produzir a pactuação necessária para que elas funcionem¹⁷.

A LC “tem início na entrada do usuário em qualquer ponto [...] onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde, [...] seguindo um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar, e outros”¹⁶(p.395), como destacam Malta e Mehry. Aos seus construtores, as LC proporcionam reflexão e aprendizagem, inserindo a gestão na análise. Os protocolos e a identificação de grupos de risco são ferramentas das LC, devendo buscar a eficiência e a racionalidade, adequando-se aos valores dos usuários¹⁶.

O PTS refere-se a uma estratégia centrada no indivíduo, considerando suas singularidades, necessidades e concepções, e construída por meio de negociação conjunta entre uma equi-

pe multidisciplinar e o usuário, que participa ativamente do seu processo do cuidado. Sua formulação deve contemplar aspectos objetivos e subjetivos dos indivíduos, mobilizando recursos externos aos serviços de saúde e promovendo mudanças de comportamento. O PTS contém metas e duração definidas, deve ser periodicamente reavaliado, e a responsabilidade de sua condução é da ER, sendo a função de vinculação do usuário ao serviço desempenhada pelo técnico de referência. Essa ferramenta deve estar fundamentada nos princípios do acolhimento, humanização, vínculo e responsabilização¹⁸.

O PTS pode ser construído para sujeitos ou coletivos, geralmente em situações mais difíceis, partindo da avaliação sistêmica com diagnóstico situacional, passando pela definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. É importante, ainda, procurar descobrir o sentido da doença para o usuário, conhecer as suas singularidades (projetos, atividades de lazer, história de vida), perceber a contratransferência e se as intenções do profissional estão de acordo com a sua demanda¹¹.

Por meio do relato de experiência de Carvalho *et al.*¹⁹ sobre a construção de um PTS com uma usuária de um serviço de saúde em Cuiabá (MT), foi possível visualizar a operacionalização na prática dessa importante ferramenta da CG. As etapas seguidas na construção do PTS foram a escolha e o acolhimento da usuária, com estabelecimento de vínculo, realização de entrevistas e visita domiciliar, pesquisa sobre a psicopatologia e tratamentos, estímulo ao exercício da cidadania pela usuária e família, fornecimento de informações sobre o funcionamento dos serviços, busca coletiva por alternativas de cuidado e realização de oficinas, culminando na construção do plano e apresentação à usuária e família, considerando sua autonomia. A aproximação dos conceitos das LC e do PTS é um enorme estímulo para a discussão na equipe de trabalho sobre a possibilidade de sua construção no território de atuação e na rede em que este está inserido¹⁹.

Um aspecto de potencial interesse suscitado durante o CGCRS e frequentemente repellido pelos profissionais da assistência é o papel da incorporação das práticas avaliativas no cotidiano dos serviços, principalmente no embasamento para a tomada de decisões de maneira estratégica e oportuna, concernente ao alcance dos objetivos de eficiência, eficácia e efetividade nas atividades da instituição²⁰. Tamaki *et al.*²¹ (p. 840) ressaltam a importância do “desenvolvimento de metodologias que permitam compreender melhor as intervenções promovidas pela gestão pública, por intermédio do monitoramento e da avaliação”.

A tomada de decisão em saúde deve partir da identificação de um problema, considerando os princípios da utilida-

de, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade para a sua resolução. É necessário, mais uma vez, ir ao encontro das necessidades de saúde da população. Por isso, o avaliador deve incorporar a população-alvo na formulação do processo avaliativo, principalmente na identificação dos problemas, formulação da pergunta avaliativa e definição de indicadores²⁰.

Recomenda-se constituir de três a cinco indicadores para cada pergunta avaliativa, com um parâmetro correspondente que permita a emissão de juízo de valor. Os indicadores devem contemplar validade, confiabilidade, sensibilidade e especificidade, podendo ter ou não mensurabilidade, relevância e custo-efetividade²⁰. Devem, ainda, ser definidos dentro de uma abrangência temática, possuir capacidade de síntese, derivar de uma base de dados disponível, e o tomador de decisão deve ter governabilidade para atuar sobre eles²¹.

Graças às oficinas de trabalho e plenárias com o especialista no tema, foi possível desmistificar o imaginário de que a avaliação corresponde a um processo enfadonho, difícil, baseado numa infinidade de indicadores complexos e que resulta na revelação das falhas dos serviços ou das atividades assistenciais, com objetivo não apenas corretivo, mas punitivo. O profissional deve ser estimulado a sair de uma posição de diagnóstico para avaliação, assumindo uma postura política partidária em prol do usuário. Apesar de reconhecer ainda estar longe de aplicar com a maestria desejada todos os conceitos apreendidos, a percepção de que é possível incorporar a avaliação no cotidiano dos serviços de saúde como aliada na busca por uma assistência de mais qualidade e segurança para o beneficiário é desafiadora e igualmente estimulante.

CONCLUSÃO

A participação no CGCRS proporcionou o fortalecimento da mentalidade de que todas as ações devem ser permeadas por dispositivos que promovam a operacionalização da humanização no cuidado à saúde, incluindo o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Nessa busca, é impossível dissociar a gestão, a atenção, a formação profissional, a criação de espaços para trocas afetivas, buscando a produção de sujeitos autônomos, corresponsáveis e criativos⁵. Dessa forma, é possível promover ambientes de trabalho mais saudáveis, capazes de fomentar a segurança e satisfação dos usuários e a qualidade da assistência, e promover a integração dos profissionais, com proficiência técnica, satisfação pessoal e qualidade de vida.

A atualização técnica dos profissionais da saúde permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e de

formação, facilitando a identificação de problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e a elaboração de estratégias para superá-los, considerando as experiências e as vivências de cada um. Dessa forma, podem-se promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino. Há uma busca pelo estabelecimento de ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação. O pluralismo favorece o aumento da complexidade das ações, desmanchando a ilusão da homogeneidade, criando novas regras de negociação frente às necessidades individuais e coletivas, e multiplicando os agenciamentos de subjetivação. Estimula-se o desapego à divisão técnica e intelectual do trabalho, da verticalização gerencial e da hierarquização, e especialização das aprendizagens: construção coletiva de soluções para os nós críticos.

A inserção do processo de ensino-aprendizagem na espiral construtivista por meio das metodologias ativas, apesar de desafio inicial, foi capaz de potencializar o desenvolvimento de competências integrantes do perfil do especialista em GC, articulando aspectos da atenção, gestão e educação. A problematização estimulou o desenvolvimento de uma consciência de transformação da realidade, sem deixar de considerar as vivências prévias dos especializandos, resultando na superação das expectativas iniciais individuais e na expectativa de reflexões positivas na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Filho N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *The Lancet* [on line]. 2011. 377(9781) [capturado 06 out 2014]; 1898-1900. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60326-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60326-7/fulltext).
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.
- Fleury S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. *The Lancet* [on line]. 2011.377(9779) [capturado 06 out 2014]; 1724-5. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60318-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60318-8/fulltext).
- Kleinert S, Horton R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. *The Lancet* [on line]. 2011. 377(9779) [capturado 06 out 2014]; 1721-2. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60433-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60433-9/fulltext).
- Pashe DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II; 2009 mar.25-26; Brasília, Brasil. Brasília: SGTES; 2009. [capturado em 09 dez. 2013]. Disponível em: http://www.prosaude.org/not/PriSemProII/apresentacoes/apresentacao_PNH_Pro-saude.pdf.
- Machado MH. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. *RAP*. 2000;34(4):133-146.
- Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet* [online]. 2011. 377(9780) [capturado 06 out 2014]; 1863-76. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext).
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [on line]. 2011. 377(9779) [capturado 06 out 2014]; 1778-97. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext).
- Tomaz JBC. Metodologias ativas de aprendizagem para a educação médica permanente. I Seminário Estadual de Educação Médica Permanente; 2011 out.17-18; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: ESP; 2011. [capturado em 04 set. 2013]. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=144:metodologias-ativas-de-aprendizagem-para-a-educacao-mdica-permanente-jos-batista-cisne-tomaz&id=158:apresentaes.
- Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez C, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(1):13-20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
- Mendes EV. A gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI [30/11/2004]. [capturado em 10 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/apresentacaoengenio2.ppt>.
- Paim JS. Atenção à Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.15-44.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

16. Malta, DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(34):593-605.
17. Merhy EE, Franco TB, Magalhães Junior, HM. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. *Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. Biblioteca Virtual do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense [on line]*. 2003. [capturado em 05 jan 2014]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>.
18. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011;22(1):85-92.
19. Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2012;36(3):521-525.
20. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(4):821-828.
21. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drummond Junior M, Bezerra LCA, Calvo MCM, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(4):839-849.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Tais Soares Sena trabalhou na concepção e elaboração do artigo, com a orientação de Mariana Lisboa Costa em todas as suas etapas. Ambas as autoras realizaram a revisão do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse concernentes ao relato de experiência apresentado.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tais Soares Sena
Hospital Especializado Couto Maia
Rua Rio São Francisco, s/nº
Mont Serrat – Salvador
CEP 40425-060 – BA
E-mail: taissena@bol.com.br