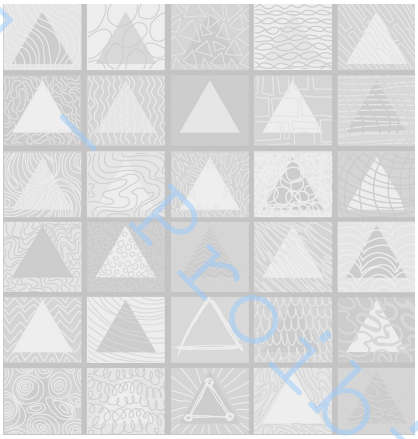
Educação Profissional em Saúde:

metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação



Versão Digital / Proibida Impressão

Prova Digital - Proibida Impressão

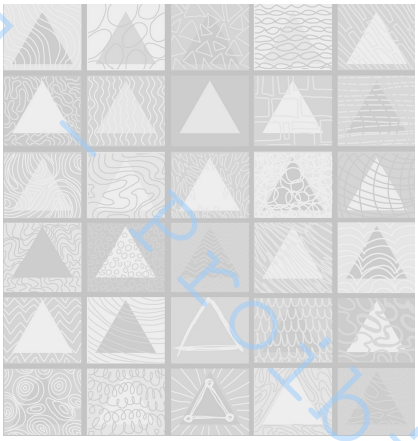
Conselho Editorial

Diretor:

Prof. Dr. Marcio Neres dos Santos
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
Brasil

Educação Profissional em Saúde:

metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação



Kleyde Ventura de Souza
Serafim Barbosa Santos Filho

MORIÁ
Editora

1ª edição – 2020
Porto Alegre – RS

ova Digital | Proibida Impress

Os autores e a editora se empenharam para dar os devidos créditos e citar adequadamente a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores, caso, involuntária e inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Todas as fotos que ilustram o livro foram autorizadas para publicação e uso científico pelos pacientes e/ou familiares na forma de consentimento livre e informado, seguindo as normas preconizadas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Diagramação e capa: Formato Artes Gráficas

Revisão de Português: Annelise Silva da Rocha - annelisesr@gmail.com

Imagem da capa : Raphaela Fernandes Corsi - karm4leao@gmail.com

1ª Edição – 2020

Todos os direitos de reprodução reservados para



É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (mecânico, eletrônico, fotocópia, gravação, distribuição pela internet ou outros), sem permissão, por escrito, da MORIÁ EDITORA LTDA.

Endereço para correspondência:
Av do Forte, 1573
Caixa Postal 21603
Vila Ipiranga – Porto Alegre /RS
CEP: 91.360-970 – Tel: 51.98604.3597
moriaeditora@gmail.com
www.moriaeditora.com.br

Dados Internacionais para Catalogação na Publicação (CIP)

E24 Educação profissional em saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação / organizadores: Kleyde Ventura de Souza, Serafim Barbosa Santos Filho. - Porto Alegre: Moriá, 2020.
xiii, 375 p.: il

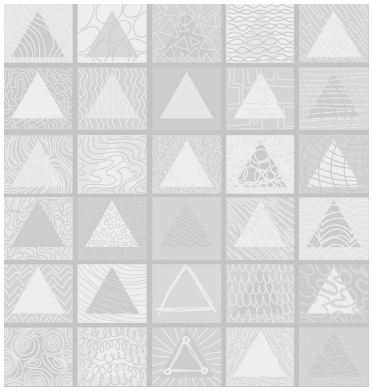
Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-99238-49-3

1. Enfermagem obstétrica. 2. Capacitação profissional. 3. Modelos de assistência à saúde. 4. Parto humanizado. I. Souza, Kleyde Ventura de. III. Santos Filho, Serafim Barbosa.

NLM WY157

Catalogação na fonte: Rubens da Costa Silva Filho – CRB10/1761

Nova Digital - Proibido Impress



Autores e equipe envolvida nos projetos

Os autores contemplados nessa produção atuam como profissionais dos serviços, professores, pesquisadores e/ou consultores nos projetos relacionados, compartilhando as experiências afinadas aos referenciais que nelas se transversalizam.

Ana Paula Lage Guimarães Vallerini – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Anézia Moreira Faria Madeira – Enfermeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Bruna Figueiredo Manzo – Enfermeira Pediátrica e Neonatal – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Carla Danielle Oberhofer Guanabens – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Clara de Jesus Marques Andrade – Enfermeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Danúbia Mariane Barbosa Jardim – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Edson Borges de Souza – Médico Obstetra – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Elysângela Dittz Duarte – Enfermeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Érika da Silva Dittz – Terapeuta Ocupacional – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Eunice Francisca Martins – Enfermeira especialista em Saúde Pública – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

ova Digital | Proibida Impress

Fernanda Penido Matozinhos – Enfermeira Obstétrica – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Ieda Maria Andrade Paulo – Enfermeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Joyce Maíra Bernardes Ângelo – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Juliana Barony da Silva – Enfermeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Kleyde Ventura de Souza – Enfermeira Obstétrica – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Laise Conceição Caetano – Enfermeira Obstétrica – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Lélia Maria Madeira – Enfermeira – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Luís Paulo Souza e Souza – Enfermeiro – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Mariana Santos Felisbino-Mendes – Enfermeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Solange Clessêncio Ferreira Diniz – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Serafim Barbosa Santos Filho – Médico Sanitarista – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Sibylle Emilie Vogt – Enfermeira Obstétrica – Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Minas Gerais.

Stella Malta – Acadêmica de Enfermagem – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Torcata Amorim – Enfermeira Obstétrica – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

COORDENADORES DOS CURSOS MULTICÊNTRICOS

Aldrin de Sousa Pinheiro – Enfermeiro – Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Ana Catarina Torres Lacerda – Enfermeira – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Ana Dorcas Melo Inagaki – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Ana Kelve de Castro Damasceno – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nova Digital – Proibida Impressão

Ana Paula Oliveira Gonçalves – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Pará (UFPA).

Carla Lima Ribeiro – Enfermeira Obstétrica – Suporte na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SEMSA/BH).

Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Ceará (UFC).

Cintia Freitas Casimiro – Enfermeira Pediátrica e Neonatal – Universidade Federal de Roraima (UFRR).

Claudia Teresa Frias Rios – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Danielle Rosa Evangelista – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Edilene Araújo Monteiro – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Elen Petean Parmejiani – Enfermeira – Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Elisângela da Silva Ferreira – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Pará (UFPA).

Flávio César Bezerra da Silva – Enfermeiro Obstétrico – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Inez Sampaio Nery – Enfermeira especialista em Metodologia do Ensino da Assistência de Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Jovânia Marques de Oliveira e Silva – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de lagoas (UFAL), Campus Maceió.

Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Kelly Cristina Almeida Borgonove – Enfermeira Obstétrica – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG).

Luciana de Cássia Nunes Nascimento – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Espirito Santo (UFES).

Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias – Enfermeira – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Márcia Teles de Oliveira Gouveia – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Piauí (UFPI).

ova Digital | Proibida Impress

Márcia Valéria Souza Almeida – Enfermeira especialista em Educação Profissional na Área de Saúde – Universidade Federal do Espirito Santo (UFES).

Maria Elisângela Torres de Lima Sanches – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca.

Maria Suely de Sousa Pereira – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Nirliane Ribeiro Barbosa – Enfermeira especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher – Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Rejane Antonello Griboski – Enfermeira Obstétrica – Universidade de Brasília (UnB).

Sandra Taveiros de Araújo – Enfermeira especialista em Saúde da Mulher – Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca.

Sheyla Costa de Oliveira – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Silvana Regina Rossi Kissula Souza – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Tiago Barreto de Castro e Silva – Enfermeiro especialista em Cuidado Pré-Natal – Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Torcata Amorim – Enfermeira Obstétrica – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Verena Cardoso Cruz – Enfermeira Obstétrica e Neonatal – Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

AUTORES ENVOLVIDOS NOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO

Alessandra Kássia de Souza Alves – Enfermeira – Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros, São José do Mipibu, Rio Grande do Norte.

Amanda Souza de Oliveira – Enfermeira – Universidade Federal do Ceará (UFC).

Amuzza Aylla Pereira dos Santos – Enfermeira – Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Ana Catarina Torres Lacerda – Enfermeira – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Ana Flávia Emery de Almeida Azevedo – Enfermeira – Maternidade Professor Barros Lima, Recife, Pernambuco.

Ana Paula Oliveira Gonçalves – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Pará (UFPA).

Andressa Tavares Parente – Enfermeira – Universidade Federal do Pará (UFPA).

Ângela Maria Machado – Enfermeira – Hospital de Clínicas de Uberlândia, Minas Gerais.

Nova Digital | Proibida Impressão

Any Karoline Bezerra de Alencar Ferro Enfermeira – Centro de Saúde Asa Branca, Boa Vista, Roraima.

Arinete Véras Fontes Esteves – Enfermeira – Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Carla Lima Ribeiro – Enfermeira Obstétrica – Suporte na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SEMSA/BH).

Cibele Silva Lima – Enfermeira – Hospital Universitário Materno Infantil, São Luís, Maranhão.

Cintia Freitas Casimiro – Enfermeira Pediátrica e Neonatal – Universidade Federal de Roraima (UFRR).

Claudia Alfaia Pureza Oliveira – Enfermeira – Secretaria Municipal de Saúde de Igarapé Miri, Pará.

Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca – Enfermeiro Obstétrico – Hospital Universitário Lauro Wanderly, João Pessoa, Paraíba.

Fernanda Cruz Ramos Ferreira – Enfermeira Obstétrica – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Aracaju, Sergipe.

Flávio César Bezerra da Silva – Enfermeiro Obstétrico – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Helena Borges Martins da Silva Paro – Médica Obstetra – Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Isabele de Mendonça Castelo – Enfermeira – Maternidade Municipal Mãe Esperança, Porto Velho, Rondônia.

Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Karen De Almeida Barroso – Enfermeira – Hospital Municipal Agostinha Alcântara Aguiar, Coluna, Minas Gerais.

Kátia Fernanda Alves Moreira – Enfermeira – Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Larissa Aparecida Rosa Nishida – Enfermeira – Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, Uberlândia, Minas Gerais.

Larissa Gomes Cardoso de Lima – Enfermeira – Hospital São Vicente de Paulo/Maternidade Santa Catarina, União dos Palmares, Alagoas.

Leydy Ellen da Silva Teixeira – Enfermeira – Hospital Municipal de Breves, Breves, Pará.

Nova Digital | Proibida Impressão

Luana Rodrigues Ferreira Silva – Enfermeira Obstétrica – Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, Uberlândia, Minas Gerais.

Luciana de Amorim Barros – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Lucy Ana Miranda de Aquino Mendonça – Enfermeira – Casa Maternal Frei Damião, João Pessoa, Paraíba.

Luiziane Souza Vasconcelos de Lima – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Marcela Klícia Ferreira de Brito Gonçalves – Enfermeira – Hospital Geral José Mendes, Itacoatiara, Amazonas.

Marcos Lá Roque da Costa – Enfermeiro Neonatal – Hospital São José, Castanhal, Pará.

Maria Elisângela Torres de Lima Sanches – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Maceió.

Michelle Soraya do Nascimento – Enfermeira – Hospital de Caruaru Jesus Nazareno, Caruaru, Pernambuco.

Milianne Tamyres de Oliveira – Enfermeira – Hospital Maternidade Almeida Castro, Mossoró, Rio Grande do Norte.

Natércia Camila Carlos Lima – Enfermeira – Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação, Jaguaruana, Ceará.

Pâmella de Moraes Ananias Alves – Enfermeira – Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia, Minas Gerais.

Patrícia Maroja da Costa – Enfermeira Obstétrica e Neonatal – Maternidade Frei Damião, Secretaria de Estado da Saúde, João Pessoa, Paraíba.

Priscila Farias de Albuquerque Oliveira – Enfermeira – Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, Paraíba.

Rayra Mendes da Rocha Pimentel – Enfermeira – Unidade Mista Dr Artur Camelo Veras, São José da Laje, Alagoas.

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Rivaldo Lira Filho – Enfermeiro Obstétrico – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

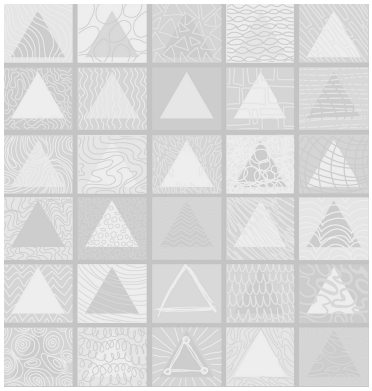
Sibylle Emilie Vogt – Enfermeira Obstétrica – Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Minas Geras.

Silvia Regina dos Santos – Enfermeira – Hospital de Clínicas de Uberlândia, Minas Gerais.

Valdicléa de Jesus Veras – Enfermeira – Hospital Universitário Materno Infantil, São Luís, Maranhão.

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas – Enfermeira Obstétrica – Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Nova Distribuição – Proibida Impressão



Sumário

Apresentação 15

Prefácio 19

Parte 1
Situando o referencial metodológico e os processos formativos em foco

1 **Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação em saúde** 31
Serafim Barbosa Santos Filho

2 **Cursos de qualificação profissional no desafio da formação-intervenção: foco na enfermagem obstétrica** 65
Kleyde Ventura de Souza e Serafim Barbosa Santos Filho

Parte 2
Cartografando um curso em seu movimento

1 **Acompanhamento avaliativo de um movimento de formação-intervenção: método e efeitos transversais de um curso no desafio de mudança de modelo de atenção ao parto** 81
Serafim Barbosa Santos Filho, Kleyde Ventura de Souza, Stella Malta

ova Digital | Proibida Impress

Parte 3
Destacando dispositivos e instrumentos tranversais

1 **Tutoria como dispositivo de formação-intervenção-avaliação** 169
Serafim Barbosa Santos Filho, Kleyde Ventura de Souza, Anézia Moreira Faria Madeira, Bruna Figueiredo Manzo, Clara de Jesus Marques Andrade, Elysângela Dittz Duarte, Ieda Maria Andrade Paulo, Laise Conceição Caetano e Sibyllle EmilieVogt

2 **Análise coletiva do trabalho como dispositivo de formação para o trabalho em equipe** 197
Serafim Barbosa Santos Filho

3 **Construção coletiva de instrumento avaliativo como dispositivo de formação-intervenção** 229
Fernanda Penido Matozinhos, Bruna Figueiredo de Manzo, Elysângela Dittz Duarte, Kleyde Ventura de Souza e Serafim Barbosa Santos Filho

Parte 4
Desafios nos horizontes formativos da residência em enfermagem obstétrica

1 **Residência em enfermagem obstétrica na UFMG: histórico e desafios para ampliação na ótica da formação-intervenção** 251
Torcata Amorim, Eunice Francisca Martins e Mariana Santos Felisbino-Mendes

Parte 5
Um hospital em seu desafio formativo-interventivo

1 **O Hospital Sofia Feldman como campo de atenção e ensino: experiências alinhadas à perspectiva da formação-intervenção**..... 271
Ana Paula L. G. Vallerini, Carla Guanabens, Danúbia Mariane Barbosa Jardim, Edson Borges, Erika da Silva Dittz, Joyce Maíra Bernardes Ângelo, Lélia Maria Madeira, Solange Clessêncio Ferreira Diniz, Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi e Serafim Barbosa Santos Filho

Nova Digital Portfolia Impress

Parte 6
Por uma rede de qualificação de serviços na ótica da avaliação-formação-intervenção

1 **Desenho de avaliação-intervenção em um projeto de qualificação da formação, gestão e atenção ao parto e nascimento** 293
Serafim Barbosa Santos Filho

Parte 7
Projetos de intervenção nos cursos: dando visibilidade às mobilizações nos serviços

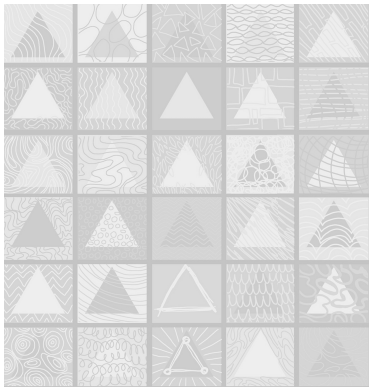
1 **Projetos de intervenção nos cursos de especialização: aprendizagens e potência de mobilizações nos serviços** 327
Serafim Barbosa Santos Filho, Kleyde Ventura de Souza, Luiz Paulo Souza e Souza, Juliana Barony

ANEXO

Estrutura dos instrumentos de diagnósticos situacionais e planos de ação-intervenção 357
Serafim Barbosa Santos Filho e Kleyde Ventura de Souza

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão



Apresentação

Este livro trata da formação-intervenção no campo obstetriconeonatal, transitando na esfera mais ampla do cuidado ao parto e nascimento. Assim, a Enfermagem está aí compreendida, não para se reproduzir na lógica de um saber profissional reduzido, mas para se produzir numa lógica ampliada de trabalho em equipe. Neste caso, põe-se em relevo o quão desafiadora é a perspectiva de uma formação comprometida com a qualificação técnica e também ampliada para a atuação multiprofissional no cuidado ao parto e nascimento.

Para essa discussão ampliada parte-se dos referenciais com os quais os autores estão envolvidos. Por um lado, o campo da Saúde da Mulher, com foco no cuidado ao parto e nascimento; por outro, o da Saúde Coletiva e Humanização em Saúde, servindo de fonte metodológica para tratar da formação, compreendida como indissociável dos modos de cuidado e de organização/gestão dos serviços. Assim se faz convergir o principal vetor de interesse: a formação para mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento.

Alinhando-se na Humanização, em nosso horizonte de estudos e de apoio aos serviços de saúde lidamos com o trabalho como categoria central, agregando conceitos que confluem para nele imprimir um *olhar analítico-avaliativo*. Nesse contexto, aborda-se a *formação profissional* perspectivada para *(trans)formar as realidades de trabalho*.

ova Digital - Proibida Impress

Essa é a base da produção registrada neste livro, trazendo experimentações entendidas como potentes para contribuir com a desejada mudança de modelo. Tais experiências compõem processos de avaliação-formação-intervenção, articulando instituições de ensino, serviços de saúde e vários outros setores/instâncias afins ao tema, lembrando que se desdobraram em ampla parceria, tendo o Ministério da Saúde como seu promotor e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na coordenação executiva.

O material abrange vários âmbitos de experiências, passando pela abordagem metodológica que se transversaliza em todo o livro e pela demarcação do seu objeto essencial (parte 1); processo avaliativo acompanhando o desenvolvimento de um curso multicêntrico envolvendo 20 instituições federais de ensino superior em todo o país (parte 2); destaque de estratégias e instrumentos transversais funcionando como dispositivos de avaliação-formação-intervenção (parte 3); histórico de um programa de residência e seus desafios atuais (parte 4); experiências formativas de um hospital de referência na atenção ao parto e nascimento (parte 5); desenho de avaliação-formação-intervenção para fortalecimento de uma rede estratégica de hospitais (parte 6); concluindo com a apresentação de projetos ilustrativos de intervenções conectando cursos e serviços de saúde (parte 7).

A dimensão avaliativa comparece em toda a produção, aqui reafirmando o trabalho (em saúde) como foco central, em torno do qual realizamos ou anunciamos avaliações situacionais potencializadas com elementos da análise institucional.

Tomar o trabalho em foco significa valorizar o espaço dos serviços como terreno privilegiado para a produção de transformações nos modos de cuidar e de formar. Significa trazer o trabalho ao centro do processo formativo e os serviços como espaços para discutir as relações de produção e vínculos subjetivos que se estabelecem com o trabalho e os fatores que interferem nas práticas, analisando-se o que faz diminuir/aumentar o poder de agir dos coletivos. Significa colocar o trabalho em análise, como estratégia formativa emancipatória e que não sirva à reprodução de práticas tradicionais fragmen-

Nova Digital - Proibida Impressão

tadas e verticalizadas de saber-poder. Em termos específicos, vamos estimulando interrogações: como contar com enfermeiros potentes como especialistas, mas também apropriados de referenciais e ferramentas ampliados que ajudem a tensionar o mundo da organização do trabalho? Que ajudem a produzir as transformações das práticas e dos serviços nos seus modos de funcionar? Do que precisa um enfermeiro para ampliar sua capacidade de análise no trabalho e aumentar sua potência de nele intervir?

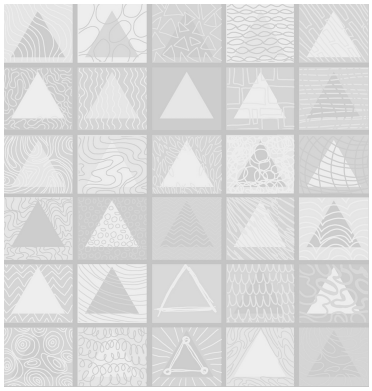
Em toda a produção deixamos demarcada a contribuição para o SUS se instituir efetivamente como ordenador da formação profissional, desafio que passa por inovações metodológicas nas abordagens formativas e estratégias de integração ensino-serviço.

Do ponto de vista institucional, a Humanização foi proposta como uma política transversal no SUS, com a perspectiva de se espalhar nas demais políticas do Sistema, indicando caminhos metodológicos para interferência nas práticas de atenção, gestão e formação na saúde. A área de Saúde da Mulher foi uma das políticas que incorporou com bastante ênfase seus princípios e diretrizes, tomando-os como eixos norteadores de seus programas, entre eles a Rede Cegonha, que incluiu a promoção de projetos de qualificação profissional em seu espectro de ações. Não obstante o produtivo histórico dessa aproximação, fazemos insistente referência à Humanização em todo este livro, primeiro porque ele se situa na tradição de desdobramentos das produções da Humanização. Mas, principalmente, para provocar a ampliação de seu uso ético-estético-político no campo da Enfermagem e na atenção ao parto e nascimento. Nesse campo de cuidado, não se pode restringir a humanização ao foco de boas práticas assistenciais, mas tomá-la na concepção de política, chamando-a a operar transformações na organização e gestão dos serviços – transformar os modos de cuidar, de gerir e de formar. Por isso, *formação-intervenção* acompanhada de *olhar avaliativo* que a questione e a sustente nesses rumos.

Os autores

Nova Digital - Proibida Impressão

Versão Digital – Proibida Impressão



Prefácio

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se apresentado como uma usina de ideias e inovações experimentadas em muitos de seus espaços. Fomentadas por sujeitos coletivos que teimosamente buscam manter acesa a chama instituinte da política pública, que busca transformar realidades institucionais e práticas de gerir e cuidar, se organizam, compõem alianças ético-políticas e se lançam em um fazer movidos pela consciência crítica da ciência, por paixões e na crença de que é possível produzir um mundo melhor, construído por sujeitos que se reinventam, reinventando o mundo.

O encontro Kleyde Ventura de Souza e Serafim Barbosa Santos Filho é desses encontros potentes e felizes, assim podemos apontar em uma perspectiva mais filosófica; e eficaz e produtivo olhando pelo viés da gestão e da avaliação. Na junção planejador-avaliador e referência técnica e ética do cuidado em obstetrícia, Serafim e Kleyde não só ativam e animam coletivos que experimentam novos modos de formar e agir, como nos brindam com esse livro repleto de histórias de um novo fazer, sustentado em elementos conceituais do trabalho (atividade) – centro da formação e da avaliação em saúde e do campo obstetriconeonatal, alimentado e sustentado pela ética das boas práticas.

O campo obstetriconeonatal tem sofrido no Brasil inflexões importantes nas últimas décadas. Sobretudo a partir dos anos 2000

Nova Digital Editora Impress

esforços têm sido realizados no sentido do enfrentamento e superação de graves problemas de saúde, revelados em dados e indicadores sanitários e também em avaliações de usuárias do sistema público e da área privado de saúde do país. As mortes materna e infantil, sobretudo, ganham relevo e destaque neste cenário, porque incompatíveis com os valores sociais e os preceitos éticos do SUS. Mas também ganham sentido nesse processo as avaliações que se sustentam em expectativas não satisfeitas sobre o gerar-parir das mulheres em geral, elementos nem sempre apreendidos pelas políticas públicas, preteridos por indicadores tradicionais.

Mas sem dúvida a investida mais relevante de intervenção neste campo foi a formulação e o processo de implementação da Rede Cegonha (RC), estratégia que articula um amplo universo de ações em uma complexa agenda de trabalho que mescla ações no campo do cuidado, da formação, da gestão, da governança e da infraestrutura. A RC não só tem a pretensão de eficácia sobre a atenção e gestão em saúde, buscando mudá-los, como instaura certo modo de fazer política e intervenção no campo, nutrida pelas experiências já em curso em muitos lugares do país e pela Política Nacional de Humanização (PNH), bastião ético e referência metodológica para o processo de mudança que a RC passa a patrocinar. A PNH toma o substantivo humanização, apresentado como conceito-experiência (Benevides; Passos, 2005), ou seja, a humanização não é tomada como uma ideia abstrata e descolada de nossa experiência de se "fazer a humanidade", mas dela decorre: é um conceito-experiência. Consequência disso é apontar a humanização como um valor do cuidado, logo aposta para se alterar o padrão de oferta e qualidade das ações de saúde uma vez que coloca em análise o campo do trabalho, onde efetivamente a humanização se faz efeito de certos de modos de se compreender, se organizar e se gerir o cotidiano dos serviços, onde as práticas se inscrevem e ganham materialidade. A humanização tomada como força-vetor para intervir, como princípio e método, e mudar destinos. Decorre da humanização-experiência do trabalho em saúde um grande desafio e exigência para a PNH: como "emprestar carne", como dar conteúdo prático, como

transformar esse conceito de humanização em experiência concreta de novos modos de gerir e de cuidar?

Não tenho dúvida em afirmar que o campo obstetriconeonatal foi aquele em que a PNH mais encontrou no SUS as possibilidades para a verificação e afirmação de seus princípios, método e diretrizes. Campo fértil e em alguma medida já fertilizado pela ação resistente e criativa de muitos trabalhadores da saúde, com o incremento da RC passa a exprimir de forma orgânica novas experiências de cuidado e gestão, tomados como inseparáveis.

A emergência da RC e, por consequência, a priorização da agenda obstetriconeonatal no SUS, todavia, trouxe tensões para o campo da saúde da mulher, campo em disputa. O campo de análise não é o mesmo que o campo de intervenção, já alertavam os socioanalistas franceses (Lorau, 1995). O campo de intervenção é espaço que se apresenta como "possível" dado a correlação de forças: aqui se joga o jogo da política e se misturam elementos da micro e da macropolítica, enredados em contextos político-institucionais, atravessados por histórias de vida, apostas, paixões, mas também por cálculos e estratégias. O campo de análise, muito mais elástico, não guarda esses limites impostos pelos contornos políticos e institucionais, atravessando o campo de intervenção e nele incidindo de forma paradoxal, pois ao mesmo tempo em que justifica as escolhas, é fonte de seu questionamento.

À época de formulação da RC a agenda do Ministério da Saúde (MS), como de outras áreas do governo, se conformava entre a potência de um projeto politicamente vitorioso e que se expressava em uma plataforma de governo e, ao mesmo tempo, em claros limites institucionais, dada a correlação de forças políticas e sociais que faziam ampliar as tensões políticas. Esses elementos contextuais constituíam cenários complexos desde onde a ação inovadora deveria ser construída – a promessa eleitoral. Mas também necessário se fazia tencionar esses limites e produzir alternativas que permitissem contornar dificuldades e superar a ideia de que bastava fazer melhor o que já estava em curso e não permitir retrocessos na política.

Nova Digital Profissional Impress

Movimentos sociais que alicerçavam o novo governo, mas não necessariamente o compunham, não desconhecendo a correlação de forças, até porque parte dessa conformação, tencionava por pautas mais amplas em relação à saúde da mulher. E nesse jogo político-institucional o MS apresenta como prioridade a RC. Mal-estar, com certeza. Mas essa tensão no campo, jamais totalmente superada, foi um importante elemento para a construção de uma agenda de trabalho que, por um lado, não prescindiu do enfrentamento dos graves problemas na área obstétrica e neonatal e, por outro lado, aprofundou diálogos para tencionar o campo de intervenção pela incidência de desejos e interesses plurais. A opção por esse modo de fazer política permitiu tanto a qualificação da proposta, como se aprimorou ofertas nos demais campos da saúde das mulheres (Pasche, Vilela, Santos, 2017). E isso "por dentro" da estratégia da RC que, então, não se limitou ao campo (técnico) específico da obstetrícia, buscando incluir elementos ético-políticos que o sustenta.

Mas, para sustentar essa opção e como firme aposta na direção da superação de modelo tecnocrático de atenção obstétrica e neonatal, em torno da RC se articula um grupo de gestão e de apoio à gestão vocacionado ao diálogo, que permite compreender a pluralidade do campo e a necessidade, nessa multiplicidade de se produzir o comum. Efeito disso é que a incidência do contraditório passou a ser uma marca da gestão da política no interior do MS, um traço genuíno da RC, tanto em sua arquitetura, como pode se verificar na incorporação de fóruns e criação de espaços intergestores, como de sua feitura. Nesse processo de formulação-implementação-correção novas agendas foram se constituindo a partir da identificação de elementos que permitissem avançar, ou pelo menos colocar em questão, pautas a princípio travadas pelo contexto político-institucional. Assim, a RC retira um primeiro efeito da humanização: inclusão de diferentes sujeitos, que na confrontação generosa de suas diferenças se coproduzem para a reinvenção protagonista e corresponsável de novos fazeres, então comuns.

Nesse caso, como a partir da "pedra no caminho", ou seja, como as travas que dificultavam, quase impediam de questões emergentes

da base social, poderiam se apresentar como oportunidade para a inclusão pelas brechas, na obliquidade da ação política, de novas pautas na política da saúde das mulheres? A RC tomou, entre outras, como ponto de partida, que a reprodução humana é inalienável aos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, logo, direito das mulheres do exercício de escolha, marcado, portanto, pela multiplicidade de perspectivas expressas na pluralidade do viver. A organização de ofertas assistenciais, em correspondência a esse imperativo ético, devia permitir acolher a diversidade das situações postas pela pluralidade da experiência humana. Isso abria, entre outros, diálogos complexos para os quais nem sempre se tinha argumentos e respostas para perguntas que dali emergiam: mulheres/casais inférteis, como acolhê-los na política pública? Como constituir rede de atenção à altura de suas necessidades sociais e de saúde? Mulheres com gravidez não planejadas e mesmo indesejadas, como acolhê-las nos serviços de saúde, como responder às necessidades de saúde inscritas nesses afetos? Essas questões foram se apresentando e, em alguma medida, foram incorporadas na agenda, mesmo que de forma precária – e certamente insuficiente – e muitas delas sem alardes foram ganhando vida pela ação de resistência de um vasto conjunto de trabalhadores e militantes da saúde.

Esse processo de fazer pelas brechas, expressão recorrente nas práticas de humanização, foi se constituindo como um importante aprendizado, tanto por seus efeitos práticos, porque tende a produzir soluções mais sustentadas, como porque exige novas percepções analíticas e novos modos de ação política. E ensina que é necessário perseverar na construção de novas relações ético-técnicas e políticas, transformadoras de espaços concretos de cuidar e gerir. E esse não é exatamente o desafio da formação de trabalhadores no SUS?

Mas a agenda transformadora da RC, que deveria ser extensiva a toda rede de atenção do SUS, exigia esforços de todas as ordens nos campos da gestão, do cuidado e da formação: apoio financeiro, capacidade de ampliação de gestão, produção de saberes e tecnologias, conformação de novas mentalidades no campo, rompendo com a lógica de se instituir não uma marca de governo, logo suscetível à descontinuidade, mas um novo modelo de atenção no

Nova Digital | Fiocruz Impress

campo obstetriconeonatal. Como então superar esse mito fundador de políticas públicas, que alcançam efeito durante mandatos, quando muito, e se dissolvem logo em seguida como nuvens ao vento?

Nessa direção o livro organizado por Serafim e Kleyde é um precioso tesouro. Os requisitos para uma ação transformadora em serviços e práticas no campo obstetriconeonatal são de natureza multidimensional, bem sabemos. De um lado, necessitamos de trabalhadores formados em outras bases ético-técnicas, logo é necessário formar novos trabalhadores; de outro lado, e necessário um campo de práticas renovado, revigorado, logo necessário mudar modos de gestão que condicionam os modos de cuidar e os processos de formação. Começar por onde, então? Mudando a formação? Mudando o cuidado? O que vem em primeiro lugar? As experiências no campo obstetriconeonatal têm nos mostrado – e o Projeto APICEON é exemplo claro disso – que essas mudanças requeridas devem, ao mesmo tempo, ser capazes de alterar o mundo do trabalho e o campo da formação. Para tanto, como referem os organizadores do livro, é fundamental que as práticas formativas de trabalhadores da saúde ocorram em processos de formação-intervenção-avaliação. A formação em saúde supõe acesso e produção de saberes capazes de lidar e superar desafios e problemas do mundo do trabalho, logo dotados do compromisso de mudar. Formar trabalhadores impõe acionar esse compromisso ético: a formação como dispositivo para intervir. Intervir aqui resguardado seu sentido etimológico de agir junto, atuar com.

Processos formativos com esses pressupostos exigem disponibilizar elementos conceituais, estratégias e dispositivos, que sustentam a experimentação coletiva de reflexões sobre o trabalho. O livro de Kleyde e Serafim apresenta com riqueza conceitual e metodológica experiências inspiradas nessa vocação: o Curso (multicêntrico) de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO/RC/MS) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – curso-movimento –, o Curso de Aprimoramento, a Residência em Enfermagem Obstétrica na UFMG e o exemplar caso do Hospital Sofia Feldmann de Belo Horizonte/MG, instituição-referência no Brasil para as inovações nos cuidados obstétricos e neonatais.

Nova Digital | Editora Impress

Impõe-se aqui uma observação relevante, suscitada em todo o livro: a construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento passa, necessariamente, pela ação (revigorada) da enfermagem obstétrica. Como bem apontam os autores, parir e nascer são fenômenos fisiológicos e, como tal, precisam ser preservados e protegidos de práticas insidiosas, que se sustentam na reprodução de culturas profissionais e institucionais orientadas tanto por relações de gênero assimétricas e autoritárias, que subjugam as mulheres, como por ação profissional que não se sustenta diante da ciência.

A ação da enfermagem obstétrica e sua vocação para assistir e cuidar se apresenta como a melhor escolha para a organização do cuidado de parturientes sem, é claro, se prescindir da ação interprofissional, melhor resposta para se lidar com objetos e problemas complexos de saúde.

A enfermagem brasileira por meio de suas entidades, como a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e na interlocução entre outras com Kleyde Ventura de Souza, é convocada a se consorciar na formulação e implementação de ações formativas. As boas práticas recomendam a intensificação da ação de enfermeiros obstetras, assim se compreendia na RC, mas onde buscá-los no exato momento da emergência de uma política pública que os requisitava aqui e agora? Formar novos profissionais (enfermeiros obstetras) e retomar a formação daqueles/as que foram impedidos de atuar, de exercer seus núcleos de competência e responsabilidade profissional pela redução do cuidado em obstetrícia a tecnologias médicas tradicionais são, entre outras, ações estratégicas nessa frente de atuação. É nessa direção que se fomenta a criação de cursos formativos e de aprimoramento, e é nesse contexto que o CEEO se viabiliza em uma intrincada e competente rede de colaboração liderada pela UFMG.

Todavia, formar como? Como se utilizar desses processos formativos para a partir deles mesmos se produzir mudanças em serviços e práticas de saúde? Essa interrogação será muito bem respondida pela sempre inspiradora e genuína colaboração de Serafim Barbosa Santos Filho. Serafim já havia liderado com um grupo de apoia-

dores uma revolução nos processos formativos da PNH, e produzido expertise a partir de experiências formativas em humanização articulando PM&A, formação e apoio, instigando a articulação entre processos de planejamento e olhar avaliativo. Formar para intervir, intervir para formar foi ganhando a consistência de um modo de pensar e fazer processos formativos em humanização, comprometidos, então, com a instauração de processos coletivos de transformação. Essa experiência inaugural se atualiza e se aperfeiçoa com seu exercício no campo obstetriconeonatal, como bem podemos perceber na leitura deste livro.

Processos formativos empenhados com a tarefa de intervir-avaliar, agir coletivo orientado para a mudança e olhar para as mudanças feitas e verificar seus efeitos e alcances e, a partir disso, construir perspectivas de atuação, é tanto uma opção e estratégica política e metodológica, como um requisito para a transformação de um campo de práticas tão permeado de relações (assimétricas) saber-poder, como é o obstetriconeonatal. O aprendizado e a inspiração trazidos pela PNH informam sobre a necessidade de instaurar processos coletivos de disputas do cuidado em arenas públicas, fazendo da livre circulação da palavra mote para a instauração de processos mais concertados. Todavia, necessário considerar que a palavra circula desde valores éticos e técnicos, imperativos dessa ação dialógica. Dito de outra forma: o campo do possível, onde o jogo encontra seus limites, é marcado por aquilo que se produziu como melhor evidência do cuidar, estabelecido desde valores, aqueles mesmo que a PNH nos informa: direito à diferença, que impõe acolhida do que difere de mim; que toda e qualquer vida tem valor inestimável, logo exige todos os esforços para resguardá-la; que a transformação do trabalho, pela inclusão e valorização do trabalhador é indissociável dos processos de mudanças nas práticas de gestão e de cuidado; e que toda ação transformista, fundamentada na democracia institucional, deve ancorar-se em práticas de cogestão.

O livro que temos em nossas mãos, esforço coletivo liderado por Kleyde e Serafim, dá vida para além da experiência vivida por

aqueles imediatamente envolvidos em práticas de transformação do cuidado e da afirmação da vida. Uma obra que emprestará ao SUS inspiração para a construção de novos caminhos de transformação de práticas de fazer-ensinar, em consonância com a afirmação da humanização como vetor de qualificação do parir e do nascer.

Dário Pasche
Enfermeiro sanitarista.
Docente no Curso de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Ex-Diretor do DAPES/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

REFERÊNCIAS

1. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface, 2005. 9(17): 389-394.
2. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.
3. Pasche DF, Vilela ME, Santos IG. A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto. In: Pinheiro R, Engel Tatiana, Asensi FD (orgs.). Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO; 2017.

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

Parte 1

Situando o referencial metodológico e os processos formativos em foco

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação em saúde

Serafim Barbosa Santos Filho

Nova Digital – Proibido Impress

CONTEXTO

No campo da educação a perspectiva freireana sempre estará presente entre os referenciais que valorizam sua dimensão política e concebendo a prática pedagógica associada à transformação da realidade. Nessa mesma direção a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH) agregou uma concepção de *formação-intervenção* em seu marco teórico-político, pondo-a nos desafios de qualificação do SUS (Brasil, 2008, 2010). A principal finalidade é a de ampliação da rede de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de gerir e de cuidar em saúde. Esse referencial traz o *trabalho* – a realidade dos serviços e vínculos que os profissionais estabelecem com ele – como elemento essencialmente constituinte do processo formativo.

Destaca-se, assim, que a ação de formação deve ser entendida como dispositivo de problematização do trabalho, que o processo pedagógico deve ser atravessado pelo *cotidiano dos serviços*, em seus *modos de fazer a atenção* e a *gestão*, valorizando o *saber da experiência* que se constrói com os processos e práticas. O horizonte da *(trans)formação* comparece com força no entendimento de que a formação se dá como

intervenções formadoras, que todo o processo de formação é desde sempre situado, contingenciado pelo processo de trabalho e pelas condições em que o trabalhador vivencia tal processo. Entendimento que afirma que formar equivale a intervir na situação, sempre coletiva, do trabalho (Barros; Barros, 2007; Heckert; Neves, 2007; Brasil 2010).

É também oportuno ressaltar que uma das perspectivas desse referencial é a de ampliar o princípio indicado pelo SUS de *integração ensino-serviço*, pressupondo que o Sistema Único de Saúde é o legítimo ordenador da formação profissional, em conformidade com suas necessidades e suas políticas. A propósito, o SUS tem trazido à tona a urgente necessidade de mudança de modelos de atenção e gestão em várias áreas de saberes e práticas sanitárias, entre elas a de atenção ao parto e nascimento, destacada neste livro. Nessa necessidade, não se acredita ser possível a mudança de paradigmas com a tradição de educação centrada na transmissão de conhecimentos e descolada das vivências e dos saberes construídos na experiência. Ao demarcar a *indissociabilidade* entre *atenção-gestão-formação*, a PNH desponta como marco ético-estético-político (Brasil, 2010; Pasche e cols, 2011) orientando escolhas e inovações nos modos de cuidar, gerir e formar, base que serve ao desafio de ampliar as metodologias de processos formativos com o compromisso de produzir alterações no mundo do trabalho.

Neste texto resgatamos princípios e eixos conceituais que convergem para a operacionalização de processos avaliativos acompanhando processos de formação-intervenção, indicando-os em sua pertinência na esfera da formação profissional em enfermagem obstétrica, situada no desafio de contribuição com a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento.

E COMO A *AVALIAÇÃO* COMPARECE NOS PROCESSOS DE *FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO*?

A *avaliação* proposta como um campo a transversalizar o processo de formação-intervenção é perspectivada em dois âmbitos complementares que direcionam sua prática.

Nova Digital Editora Impress

Em um âmbito, pela incorporação de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação (propostos como articulação de PMA) usando-os na lógica de dispositivos que sirvam para colocar o trabalho em análise, isto é, tratando-se de materiais típicos de diagnósticos situacionais, mas incorporando elementos da análise institucional em seus modos de uso, possibilitando colocar em foco o trabalho e as relações que os sujeitos estabelecem com ele. Em especial, servindo à produção de analisadores institucionais úteis no rumo de intervenções para transformação das realidades. Por esse caminho, não se reduz à uma *avaliação de serviço* na tradição de uso mais restrito de indicadores; parte-se das situações (e indicadores) mas põe-se o foco no *trabalho*, no entendimento de como os sujeitos ali se encontram em inserções perpassadas pelas racionalidades próprias ao serviço/instituição e também pelas subjetividades aí presentes; em outros termos, trazendo à tona o que se passa (e esteja predominando) na *interação instituído-instituinte* ou *interação prescrito-real* que perpassa os sujeitos e o mundo do trabalho. Nessa direção, o caminho e efeitos são perspectivados na transformação simultânea dos serviços-sujeitos, compreendendo que só é possível mudar a prática (dos serviços-sujeitos) quando se deixa vir à tona os fatores envolvidos na relação com o trabalho, isto é, a prática não mudaria apenas porque se teria feito diagnóstico da realidade nem pela simples definição de metas/ações em planos, normas ou projetos propondo mudanças. Por tudo isso, a importância de se enfatizar as *concepções de trabalho* que tomamos como 'objetos-categorias' centrais em nossas abordagens: o *trabalho como atividade* e o *trabalho como produção de serviço*, conceitos que estão referenciados e insistentemente entremeados ao longo deste texto e de todo o livro.

O outro âmbito no qual se guia a avaliação pode ser tratado como um *olhar ou um agir avaliativo* acompanhando o desenvolvimento de toda a experiência/processos. Neste caso, incluem-se técnicas e recursos típicos de investigações, que permitem a escuta dos atores de interesse (entrevistas, grupos focais, rodas de conversa e vários outros), mas não se reduzindo à simples coleta de dados, nem a uma participação neutra para a geração de informações ou abstraí-

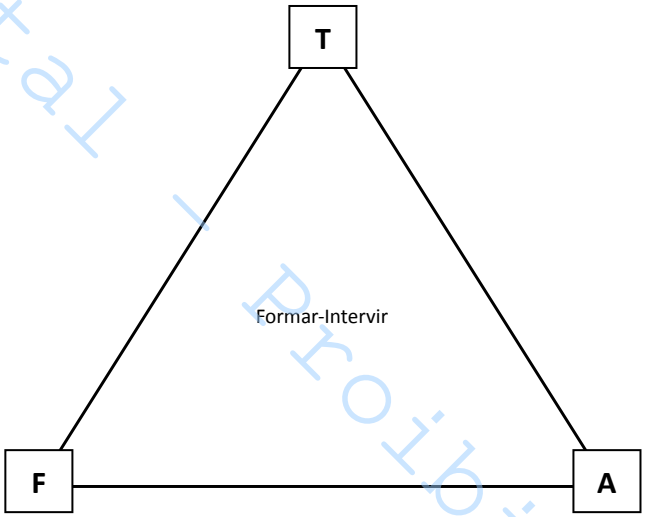
da das condições de desenvolvimento dos processos, nem a momentos estanques para aferir resultados. Articulam-se espaços mais transversais ou espalhados ao longo dos cursos/serviços e exercidos não só por pesquisadores externos, mas pelos vários atores envolvidos (como uma função avaliativa espalhada em todos), e não exatamente para escuta, mas para produção de análises comprometidas com produções de rumos de interferências para transformações nas práticas. A *informação* que aí se constrói, sempre coletivamente, não se reduz à perspectiva diagnóstica, mas inclui a perspectiva interventiva; emergindo para sinalizar proximidade ou distâncias entre *intenção e gesto*, entre prescrito e real; não somente no lugar tradicional de informação para subsidiar decisão (genérica e por alguém também genérico), mas para articular os sujeitos daquele contexto a se deslocarem para redirecionar caminhos para as transformações desejadas. Por isso, aqui reafirmamos a nossa ênfase no *foco trabalho*, porque se faz (a avaliação) como algo útil no *entre o prescrito e o real,* entre *a norma e a renormatização* ou avaliação como nexo dos processos. E firmando-se um tipo de participação dos sujeitos não como informantes-chave, mas *incluídos* como efetivos autores dos rumos de interesse avaliativo, isto é, autores de sua própria metodologia. Isso converge para o que exercitamos como análises coletivas do trabalho, aportando-se contribuições de vários saberes referenciados neste texto.

ARTICULANDO OS REFERENCIAIS DA FORMAÇÃO, TRABALHO E AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

Em outras produções articulando *formação, trabalho* e *avaliação* (Brasil, 2010; Santos Filho, 2010, 2014) fizemos convergir esses três campos referenciais no direcionamento de processos de formação-intervenção. Essa articulação é embasada no conceito de *transversalidade*, produzindo-se as conexões desejadas entre tais campos de saberes e práticas. Do ponto de vista avaliativo, desdobra-se como

um caminho de pesquisa-intervenção na aproximação entre avaliação e pesquisa avaliativa (Santos Filho, 2014).

O ponto de partida é um triângulo cujos vértices trazem os três campos mencionados, ressaltando-se que não se propõe a um *enquadramento* da abordagem conceitual da formação-intervenção, mas a um direcionamento dos eixos de sustentação de projetos político-pedagógicos, compondo-se conexões entre eles e a avaliação tendo função especial de *nexo* entre os processos (Santos Filho, 2010).



Fonte: Santos Filho, 2010.

O *trabalho* em saúde como um desses eixos não diz somente do espaço *instituído* das práticas dos trabalhadores, mas também, e principalmente, da concepção de *trabalho como atividade*, como tratado adiante. Do mesmo modo, a *avaliação* não está remetida ao caráter instrumental tradicional da avaliação de desempenho em saúde e em educação, mas sim instituindo-se como *transversal* e *transdimensional* para abranger as finalidades ampliadas da formação-intervenção e contribuir para as próprias conexões desejadas.

Nas primeiras partes deste texto faz-se um resgate dos referenciais de formação e trabalho e a seguir avança-se nas bases avaliativas.

Nova Digital | Proibida Impress

FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA TRANSVERSALIDADE

A perspectiva da formação-intervenção abre espaço para se atualizar a discussão sobre a conhecida e nociva distância entre a academia e os serviços de saúde no Brasil, pensando estratégias para sua superação. Os desencontros nessa relação podem ser sintetizados na seguinte lacuna: por um lado, os trabalhadores, cada vez mais, trazem uma variada gama de problemas vividos no cotidiano dos serviços e sem espaço para avançar no debate sobre as conexões entre os diversos problemas, assim caindo-se na mesmice de redução dos problemas (e demandas) ao âmbito das deficiências individuais e necessidades de qualificação para procedimentos tecnopráticos. Por outro lado, as organizações acadêmicas ensimesmadas em uma produção de saberes descontextualizados distantes das condições concretas de trabalho nos serviços. Exemplo marcante dessa situação no campo da atenção ao parto e nascimento revela a ênfase dada ao preparo técnico de enfermeiros para assistência ao parto, pouco se atentando ao seu preparo no referencial do trabalho em equipe e voltado para interferir nos processos de trabalho/gestão que continuam excluindo ou limitando sua inserção nessa prática. Ou seja, divorcia-se a formação em aspectos técnico-procedimentais de uma (necessária) formação ampliada, com base na realidade atual dos serviços, que requer profissionais qualificados e protagonistas para ajudar a mudar paradigmas prevalentes de atenção e organização do trabalho.

No bojo das críticas históricas ao sistema educacional brasileiro e suas falhas na capacidade de emancipação dos sujeitos (Freire, 959), na formação em saúde várias lacunas vêm sendo reconhecidas a partir da criação e necessidades do SUS, denunciando-se as dificuldades na integração ensino-serviço. Entre as propostas de superação, é também a partir do SUS que se apontam perspectivas de uma educação permanente efetivamente voltada para as equipes em situações de trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

É nesse cenário de necessidades do SUS que a formação-intervenção ganha sentido e torna-se um desafio ético-estético-político,

como propõe a PNH. Aposta-se em uma formação que não feche os olhos ao complexo contexto de organização do trabalho e do cuidado no concreto dos serviços, que não se reduza a uma preparação tecnicista, que não negligencie os processos e relações institucionais de trabalho ou, em resumo, que não distancie atenção e gestão. Aposta em uma formação que problematize novos modos de cuidado e de gestão do trabalho e da vida, que ponha em relevo os modos tradicionais de trabalhar e de gerir, que discuta os modos de segmentação da prática e de controle normalizadores que se reproduzem como se fossem naturais ao processo de trabalho na saúde e na educação. A tradição de modelos centralizadores e verticalizados de gestão (e de formação) subsiste às más práticas de cuidado em saúde e vice-versa. Daí que a mudança passa necessariamente pela articulação de movimentos para alterar, simultaneamente, as práticas de atenção, de gestão e formação, vistas como indissociáveis. Afirma-se assim que a formação não pode restringir-se à aquisição de conhecimento e competências de uma forma abstrata, mas que se desenvolve com base na realidade e vivências de trabalho, ampliando referenciais conceituais e métodos para sua reflexão, almejando o aumento do protagonismo ou capacidade de análise e de intervenção na realidade. Alerta-se que a formação passando pelas competências profissionais específicas é de inquestionável necessidade, mas insuficiente porque se centra em uma qualificação pontual, incapaz de qualificar nessa direção de autonomia.

É esse pensamento que está na base da formação-intervenção, trazendo-se a esfera concreta do trabalho como seu objeto privilegiado. Derivando desses referenciais, enfatizam-se duas direções metodológicas: que o ambiente de formação tenha como protagonistas os alunos-profissionais compreendidos como *sujeitos no contexto do processo de trabalho*, isto é, sujeitos deslocando-se entre os espaços concretos de trabalho e os espaços estruturados de cursos/formação, ambos entendidos como de aprendizagem e de produção de conhecimento; e que o ambiente de formação tenha como *objetos ou situações formativas* o que represente inclusão e integração de diferentes dimensões de formação, agregando as análises coleti-

vas das realidades e vivências, as intervenções que se operam cotidianamente e as que se planeja para transformação da realidade.

Na formação em saúde vigoram dicotomias que se expressam como processos de formação divorciados dos processos de trabalho, daí evocamos o conceito de transversalidade (Guattari, 2004) como pista para as conexões desejadas. A formação associada à ideia de intervenção pauta-se na dimensão transversal dos modos de cuidar, gerir e formar em saúde, tratando-os como processos indissociáveis. E aí ampliando-se (a formação) na concepção de transversalidade, que instiga a ruptura de fronteiras e de especialismos que segregam e fragmentam, da concentração e verticalização de saberes e poderes, e sustentando a ativação de (novas) forças instituintes para a construção de pontes entre áreas, saberes, práticas, serviços e sujeitos/equipes na lógica do trabalho transdisciplinar e multiprofissional. Dessa concepção faz derivar novos desenhos de projetos formativos e de integração ensino-serviço, criando-se condições para aumentar o grau de participação e protagonismo dos sujeitos nos espaços em que circulam (da formação e do trabalho).

Operar com a transversalidade na qualificação do enfermeiro para inserção na assistência ao parto é trazer para a cena formativa os elementos que se cruzam na arena do trabalho, abrindo discussões que passam pelo preparo técnico, mas também pelas tradicionais relações de saberes e poderes que interferem na (não) aceitação-inclusão efetiva desse profissional na ótica do trabalho em equipe e, por outro lado, pela análise das *macroforças* que convergem para manutenção do modelo hegemônico de atenção e de gestão.

TRABALHO E PODER DE AGIR DOS SUJEITOS E COLETIVOS

A concepção de *trabalho* na relação entre *o prescrito e o real* está presente em vários autores (Dejours, 1997; Zarifian, 2001a, 2001b; Schwartz; Durrive, 2007; Clot, 2010), tendo em comum a

compreensão de que o trabalho não é simples execução de tarefa ou produção de coisas, nem se confunde com emprego e posto de trabalho. Falar de *atividade* é falar de duas dimensões sempre presentes no trabalho humano, que são o *prescrito* e o *real* e dos aspectos aí envolvidos que dizem do *trabalho e subjetividade*. O *trabalho prescrito* é relacionado à ideia de antecipação do que fazer ou concepção do que se deve fazer. Fala-se então em normas antecedentes, que definem e orientam o que deve ser feito e como fazê-lo. Normas determinadas de forma anterior e exterior à sua realização. O *trabalho real* é algo que se opera por reinvenções (de regras, normas, processos, etc.) que os sujeitos imprimem no seu fazer cotidiano, incorporando a sua experiência e subjetividade no processo de produção, sempre um processo de fazer-aprender-criar-(re)inventar. Por isso se compreende o *trabalho* como produção/invenção de serviço, de produtos, de atividades, de si mesmo e do mundo.

Essa é a concepção do trabalho articulada num dos vértices do triângulo, realçando o protagonismo dos sujeitos na inserção e relação com os processos produtivos.

Nesse sentido, o trabalho significa produção de saber e de conhecimento prático, campo de formação permanente, e que essa formação se efetiva na vivência das situações concretas – os sujeitos tornando-se *competentes* para enfrentar as demandas do trabalho, criando estratégias para isso. Aqui põe-se a compreensão de competência na sua relação direta com a prática de fazer-aprender (Zarifian, 2001a) – competência não no sentido restrito de valores ou habilidades da prescrição profissional, mas como atitudes, posicionamentos, ações e aprendizados que se constituem no confronto dos sujeitos com as situações que vivenciam. O sujeito assim se constrói e forma-se como trabalhador na medida em que enfrenta, coletivamente, as situações de trabalho. Vai aprendendo a enfrentar situações (repetidas e diferentes) e com elas produzindo conhecimento; vai se (re)posicionando, produzindo coisas e a si próprio; produzindo o próprio coletivo.

O trabalho em saúde é um espaço onde se efetivam essas conexões ou *encontros* entre os sujeitos da produção, valores e recur-

sos aí mesclados – encontro de trabalhadores entre si e com gestores e usuários. A transversalidade aí se efetiva (ou se almeja) pelo aumento de comunicação entre esses diferentes sujeitos, numa situação de compartilhamento, em rede, e voltados para o enfrentamento de problemas que emergem nos cotidianos de trabalho. Envolve aprendizagens que se fazem dinamicamente a partir das situações vividas, desenvolvendo a *competência* com os processos concretos de trabalho. Trata-se de um contexto considerado como produtor de potência, isto é, que na medida em que se aumenta o grau de transversalidade aumenta-se o poder de agir dos coletivos de trabalhadores (Deleuze; Guattari, 1995; Clot, 2010).

Destacar essa concepção de trabalho na qualificação do enfermeiro para assistência ao parto é trazer para a cena formativa a análise dos modos de trabalhar em três âmbitos indissociados: no cuidado, na gestão e na formação. O trabalho que se realiza ao cuidar do outro (mulher-criança) e ao se relacionar com os pares/colegas (âmbito dos processos de trabalho, gestão e aprendizagem permanente) não é guiado apenas pela racionalidade técnico-científica, pelas prescrições e protocolos, nem obediência restrita a regras e normas. É atividade envolvendo tudo isso, mas que se faz num ato de criação e de singularidade, onde cada sujeito se coloca a partir de seus saberes, sua história, sua cultura, seus valores e se equilibrando na relação com os valores institucionais. É por essa compreensão que se abre a perspectiva de analisar o que perpassa o modelo instituído de atenção ao parto e nascimento, hoje amplamente questionado em seu perfil hospitalocêntrico e excessivamente medicalizado, buscando sua superação por outros paradigmas. São as experiências concretas dos serviços de saúde que possibilitam o desvelamento dos elementos que se cruzam nos processos e relações de trabalho, envolvendo os hábitos, as escolhas, as adesões aos diferentes tipos de práticas, as resistências, os boicotes explícitos e implícitos e também os deslocamentos que os sujeitos fazem, superando ou modificando suas próprias subjetividades a partir dos novos sentidos que se vão construindo acerca do parto e nascimento.

AVALIAÇÃO E TRANSVERSALIDADE

O vértice da *Avaliação* será especialmente explorado nos tópicos a seguir, compreendendo sua função estratégica na operacionalização da formação-intervenção e, em termos mais específicos, como *nexo* da prática pedagógica (constituinte dela), ao invés da posição usual de anexo dos projetos; nexo no sentido de articular os elementos do processo/prática formativa.

Nomeamos como *acompanhamento avaliativo* (Santos Filho, 2010) nos processos de formação-intervenção um método ou estratégia que valoriza o caráter *formativo, inclusivo e emancipatório* da avaliação, advindo das abordagens participativas e construtivistas (Guba; Lincoln, 2011). Nossa ênfase recai sobre o *modo de fazer*, com aportes de elementos e movimentos que qualificam e *ampliam o agir avaliativo,* potencializando técnicas, estratégias e espaços de participação dos sujeitos. Por *modo de fazer* afirma-se a radicalidade de um caminho que promove inclusão, operando-se com análises coletivas do trabalho e valorização dos (diferentes) pontos de vista dos múltiplos sujeitos. Por isso a perspectiva da *inclusão* diz de uma qualidade diferenciada de participação, fomentada na condição de coautoria de todo o processo avaliativo (Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011; Santos Filho, 2014).

Nos processos formativos/cursos em pauta, os sujeitos envolvidos têm diferentes tipos de inserções e relações no mundo do trabalho, falando do lugar de trabalhadores-alunos, professores, preceptores, tutores, profissionais dos serviços, gestores, etc. É partindo desses lugares que ficam convocados à coautoria nos processos avaliativos, construindo os rumos analíticos de movimentos e de transformações perspectivados na caminhada formativa. Trata-se de rumos, inclusive, ou principalmente, relacionados a seus âmbitos de interesse, afinados ao projeto em questão, superando a tradição de práticas avaliativas supostamente neutras, externas (anexas), com focos de interesse (im) postos por um ator-pesquisador externo e descomprometido com as transformações desejadas naquele processo. É um movimento de inclusão em que todos são remetidos à condição de investigadores-pesquisadores, superando a entrada tradicionalmente assimétrica dos

Nova Digital - Protótipo Impress

atores nos processos avaliativos, onde predomina o interesse dos especialistas professores, pesquisadores, etc.

O acompanhamento avaliativo alinha-se aos pressupostos da cogestão (Campos, 2000), como perspectiva de aumento do grau de democratização nos espaços de trabalho e do protagonismo dos sujeitos em processos de construções compartilhadas. Nesse alinhamento, opera-se como prática promotora de inclusão, fomentando participação ativa e emancipatória e fortalecendo subjetividades protagonistas. Um de seus principais focos metodológicos é a produção de sinais analisadores das situações e indicando rumos de mudanças. É uma prática avaliativa formativa ampliando o sentido habitual dessa concepção – não se restringe a focar processos, mas alimenta (retroalimenta) todo o processo desencadeado, com desconstruções e reconstruções, incluindo todas as dimensões do trabalho pedagógico e da formação que se considera contextualizada e emancipatória. E tem caráter (trans)formador pelas interferências no próprio processo, indicações de correções de rumo e alterações nas subjetividades dos envolvidos. Retomando a concepção de trabalho na relação entre o prescrito e o real, a *avaliação* está presente neste *entre*, isto é, comparecendo entre a *norma* e a *renormatização* (Schwartz, 2011), situação que alinhamos à ideia de avaliação como *nexo*.

Bases do acompanhamento avaliativo nos processos de formação-intervenção: focos metodológicos na sua operacionalização

Os cursos-experiências na ótica da formação-intervenção se propõem para se desenvolverem como práticas de formação e como pesquisa avaliativa engajada, isto é, como pesquisa-intervenção, construindo-se simultaneamente o curso, seus processos, as transformações viabilizadas com ele e o processo avaliativo. E, com isso, esperando-se apropriação e coautoria dos coletivos com todo esse movimento, convergindo na coprodução de conhecimento-ação.

Nos itens seguintes destacam-se os focos articulados no caminho metodológico do acompanhamento avaliativo (operando nos moldes de pesquisa-intervenção).

Nova Digital | Proibida Impressão

- **Acompanhamento avaliativo para interconectar planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação**

Por *acompanhamento avaliativo* propomos um caminho metodológico para integrar *planejamento*, *monitoramento* e *avaliação (PMA)*, com a função de auxiliar na estruturação de planos de ação, de análise e de apoio à implementação dos planos em diferentes instâncias, serviços e projetos (como os cursos). Pelas suas características – transversal, inclusivo, formativo – o acompanhamento avaliativo propõe como inseparáveis as dimensões do planejar e do avaliar e tomando essas dimensões como indissociáveis da ação de apoio na análise, formação e intervenção (Santos Filho, 2010).

Diz-se que a avaliação se institui de modo transversal ao trabalho (nos cursos) nos seguintes sentidos: por um lado, vem colada ao planejamento e desenvolvimento dos projetos e atividades, isto é, fazendo compreender a indissociabilidade entre os atos de planejar-executar-avaliar, alterando o modo tradicional desses campos na organização e gestão dos cursos; por outro lado, a própria experimentação da avaliação (como dispositivo) vai promovendo aberturas nas relações de saberes, de práticas e hierarquias, gerando efeitos em seu próprio modo de fazer, desfazendo e (re)fazendo alianças, agenciando novas forças rumo a mudanças de interesse coletivo.

O processo avaliativo assume uma *função integradora*, buscando costurar os elementos do processo de formação, dispersos ou distribuídos no planejamento e desenvolvimento dos cursos (trabalho pedagógico). Assume a função de pôr em diálogo todos os elementos constituintes do processo formativo com o foco direcionado no *que* e no *como* se aprende ou se cria, se compartilha, se alcança, em termos de movimentos e efeitos de *subjetivação* (Baremblitt, 2011), isto é, na esfera das 'coisas' que se produzem, das práticas e na emancipação e autonomia dos sujeitos em formação. Uma importante dimensão na qual se interconectam esses âmbitos de efeitos é a construção de redes em vários sentidos: de atividades e produtos associados ao curso;

de sujeitos envolvidos nas ações do curso; de instituições e entidades do seu entorno; e de movimentos com esses atores.

A perspectiva de integração na *lógica do PMA* é também um caminho para melhor se induzir a necessária inseparabilidade entre formação-pesquisa-atenção-gestão, onde o profissional compõe-se com um processo integrado (na equipe dos serviços e dos cursos) de planejar-implementar-avaliar (alimentando-se ciclos entre *norma* e *renormatizações*). Isso o coloca na condição de estudioso-aprendiz permanente de seu trabalho e aumenta a potência de nele interferir. Adiante se verá como instrumentos estratégicos (de diagnósticos e planejamento) ajudam no agenciamento dessa função protagonista ou neste ergoengajamento, como entende Schwartz (2011).

Nos cursos de especialização e aprimoramento na enfermagem obstétrica, o seu desenho deixa ver o modo transversal de articulação entre as esferas mencionadas anteriormente (PMA) e sua perspectiva de ajudar a engrenar o arranjo de coletivos e de movimentos para fazer o curso funcionar. Como uma das experiências foi um curso multicêntrico, de ampla abrangência, utilizou-se a estratégia de *coletivos em fluxos de interação*, onde tanto a formação quanto a avaliação deveriam se desenvolver de modo contínuo e incluindo todos os atores envolvidos. Três grandes coletivos foram estruturados em interação e no desafio de funcionarem como espaços de mútuas intervenções: um coletivo coordenador geral (com coordenação central, tutores e apoiadores metodológicos), na função de formulações iniciais de projetos, ações e estratégias a serem colocadas como *ofertas;* um coletivo ampliado (incluindo os coordenadores das 20 universidades federais envolvidas), em interlocução nas (re) formulações, ajustamentos, alinhamentos e pactuações das ofertas e planos operacionais (incluindo os avaliativos); um coletivo incluindo o núcleo local de cada curso (coordenadores, professores, tutores, colaboradores e alunos), nos atos de experimentação/reconstrução/ajustamentos das ofertas/processos às realidades singulares e, assim, constituídos como sujeitos protagonistas nos aprendizados. Todos esses espaços, portanto, devem ser compreendidos como espaços formativos, abertos à (re)construção e pactuação coletiva dos

referenciais, práticas pedagógicas e estratégias avaliativas. Compõem, assim, o desafio de operar com a *transversalidade na prática*, com o alinhamento do sentido e rumos formativos-interventivos-avaliativos. Nesse desenho, vale ressaltar o desafio especial da disposição das próprias instituições de ensino e professores para formarem-se simultaneamente aos cursos.

• Acompanhamento avaliativo entre a norma e a renormatização

Em se tratando de abordagem *formativo-reguladora* (de regulagens), o acompanhamento avaliativo tem como um dos pontos de partida as *normas* de orientação para os processos de formação, aqui compreendendo normas (âmbito do prescrito) como os princípios-metas de desenvolvimento dos cursos. Mas alertamos que isso (a perspectiva avaliativa) serve a adequações e ajustes na trajetória dos cursos e da avaliação. Não se trata, portanto, de uma simples verificação, *ex-post*, de cumprimento de normas previstas, mas de um deslocamento do foco para o acompanhamento/problematização/ajuste contínuo da experiência, à luz dos princípios. Mais uma vez nossa ênfase recai sobre o *modo de fazer*, que passa pela verificação das proximidades e distâncias entre *intenção e gesto*, mas operando com uma lógica cartográfica (retomada adiante), em superação à de observação passiva e/ou fiscalizatória. Vale aqui um complemento na compreensão do que está se mencionando como normas/princípios, lembrando que a norma/princípio fundamental é o próprio *modo de fazer diferente,* referindo-se a modos cogeridos, participativos e corresponsáveis de discutir e conduzir processos (na saúde/educação e na avaliação), estando vigilante quanto à capacidade de sua efetivação. Por outro lado, retomando a ideia de normas antecedentes (ou âmbito do prescrito) articulada ao *trabalho como atividade*, a avaliação se desloca para um lugar especial, de estar entre a norma e as renormatizações necessárias, na função precípua de ajuste ao real – funcionando como avaliação do próprio *uso* (Schwartz, 2011), do seguimento e/ou desvios de regras.

Nova Digital Proibida Impressão

• Acompanhamento avaliativo como prática de análise-intervenção

Primeiro de tudo evocamos *uma noção de intervenção* para alinhar e realçar um pressuposto essencial da avaliação, que é seu compromisso com a transformação de realidades. Na análise institucional (Lourau, 1995) intervenção está sempre associada à produção de ações e dispositivos que promovem alterações nos processos instituídos, isto é, que sejam potentes para produzir subjetivações associadas a mudanças.

Uma prática avaliativa só se justifica com a disponibilidade para operar mudança.

Esse alinhamento abre caminho para várias aproximações úteis ao campo avaliativo, no qual incorporamos avaliações situacionais com elementos da análise institucional e sempre tendo o trabalho como foco central. É nesse alinhamento que seguimos adiante no destaque de focos aí articulados.

• Análise coletiva do trabalho

Processos avaliativos passando por análises coletivas do trabalho possibilitam desvelar as relações que os sujeitos estabelecem com o processo produtivo, mobilizam seus desejos e interesses e incidem na construção de autonomia e corresponsabilização com produção de inovações e transformação da realidade. Realiza-se análise do trabalho para aumentar o poder de agir dos coletivos sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos, sempre com a finalidade de compreender para transformar (Clot, 2010). Ao se envolver na coprodução de processos avaliativos e desvelamento de problemas em suas realidades, as equipes podem avançar em movimentos ou práticas de agenciamentos de (novos) sujeitos, elementos e recursos tanto para ampliar as interpretações da realidade como em agenciamentos de (novas) forças, buscando o *desvio de rotas* para enfrentamentos das situações – "produzindo realidades alternativas e revolu-

Nova Digital - Proibido Impress

cionárias" (Baremblitt, 2011). Já salientamos que avaliar é cuidar com a inclusão de pontos de vista. Nesse sentido, há que compreender que nossos pontos de vista se definem a partir de um lugar e experiência histórica. Isso resulta em que as realidades e suas explicações sempre serão múltiplas, porque condicionadas ao horizonte do observador. E que cada um, falando e observando de um ponto-lugar, nunca é/está neutro, porque traz em si toda uma história de saberes, experiências, vivências, incômodos, disposições, etc. Isso traz para a avaliação o desafio de se fazer escapando da suposta pretensão de neutralidade. Trata-se sempre de uma *participação interessada* num determinado rumo ético-político, em nada servindo a idealização de neutralidade. Por isso mesmo, como sujeitos *implicados*, a necessidade de se estar vigilante, e o coletivo sendo essencial para isso (para análises das implicações). E, lembrando: só é possível ampliar a captação/acompanhamento da realidade, ou captação de sinais que melhor revelem sua multiplicidade – e nela interferindo –, fazendo-se desconstruções e reconstruções do olhar avaliativo.

Os cursos na enfermagem obstétrica devem não só acolher, mas também devem fazer emergir, por meio avaliativo, os históricos de vida e trabalho dos sujeitos que circulam na atenção/ensino. Mais do que isso, ao se provocar a reflexão sobre o *trabalho* no campo da obstetrícia, possibilita-se vir à tona os múltiplos sujeitos de interesse e múltiplos valores que o perpassam. Por esse caminho, desvelam-se não somente lacunas e necessidades de qualificação para a prática, mas, de modo indissociado, os fatores da organização do trabalho, que explicam as conhecidas dificuldades de inserção dos enfermeiros nos processos/práticas e seu protagonismo no trabalho em equipe. Desvelar-se, (re)conhecendo esses fatores, é o caminho para sua (trans)formação.

• Uso de indicadores como analisadores do trabalho

O conceito de *analisador (*Lourau, 1980, 1995) é criado para superar ou dialogar com o conceito clássico de *indicador*. Este é con-

siderado limitado pela pretensão de representar a totalidade da realidade, às vezes dela descontextualizados. Os analisadores são compreendidos como episódios que revelam as singularidades dos processos e das relações institucionais, elementos que revelam o que *estava escondido*, sinais que mostram os desvios das funções e das regras (que produzem rupturas no instituído, revelando o instituinte), que revelam os poderes e as forças presentes nos modos aparentemente neutros de organização do trabalho. A avaliação produzida com e pelos analisadores produz desestabilizações na ordem vigente e/ou na sua leitura, explicação e no próprio processo avaliativo. Por esse caminho explicita e lida com conflitos não como o que impede o funcionamento das organizações, mas, ao contrário, como o que a revela e rompe o que está cronificado. Importante destacar que, diferentemente da lógica dos indicadores, tradicionalmente prescritos *de fora* e por especialistas, os analisadores são coproduzidos pelos sujeitos em análise coletiva.

Em publicações sobre avaliação e humanização (Santos Filho, 2007; Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011) fizemos extensa revisão sobre indicadores, propondo sua ampliação conceitual, explorando-se as limitações e possibilidades de seu uso como analisadores institucionais. E propomos *avaliação como dispositivo* porque, operada com essa *função ampliada*, é ela própria uma intervenção, posto que interfere nas condições em que uma determinada organização está funcionando, revelando-a e fazendo a análise coletiva acontecer. A prática avaliativa é assim um potente analisador, já que permite e provoca que a instituição fale e se revele. Se a um dispositivo cabe disparar movimento, como tal, a prática avaliativa deve se estabelecer provocando os coletivos a se capacitar/formar, levantar, construir, inventar e pactuar situações, metas e indicadores-analisadores que orientem a renovação do trabalho.

Nos cursos em questão, além dos momentos de discussões locais (em cada hospital/escola), as oficinas de análise coletiva com os enfermeiros-alunos de diferentes locais são momentos potentes para a produção de analisadores da organização do trabalho. Os frequentes relatos indicando estarem fora da assistência ou nela subu-

tilizados, ou mesmo desqualificados 'pelos outros', geram oportunidade de se analisarem os diversos fatores envolvidos nessa condição de *marginalidade*, fazendo emergir os elementos que se cruzam na lógica instituída do trabalho e na própria aceitação dessa condição ou submissão a ela, mesmo se tendo formação, preparo técnico e legitimidade para seu exercício profissional. São elementos que dizem do trabalho e subjetivações em seu contexto, dimensão a ser essencialmente abarcada numa avaliação comprometida com mudanças de contextos. É esse movimento que subsidia deslocamentos e aumentam o poder de agir. Assim se pode ver, muitas vezes, enfermeiros inicialmente *apenas* surpresos e encantados em ver (nos campos de estágios) um enfermeiro "com a liberdade de tomar decisão" e, a partir das oficinas, crescendo em sua capacidade de melhor analisar sua posição de *surpresa/encantamento*, passo essencial para reposicionamentos diante de si e das situações.

- **Acompanhamento avaliativo e cartografia de processos-efeitos**

Ao se falar de avaliação enfatizando um *modo de fazer* estamos também, ou principalmente, dizendo do tipo de *movimentação* que se estabelece no caminho. Nesse sentido, acentuamos o caráter *cartográfico* do acompanhamento avaliativo. Rolnik (2006) diz que a cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que ocorrem os movimentos de transformação da paisagem. Na *movimentação* a que nos referimos muito importam essas direções cartográficas alinhadas à ideia de avaliação como *nexo*, isto é, operando no *entre* dos elementos do projeto/processo formativo (e seu desenvolvimento) e sendo caminho de ação-conhecimento de como o processo se institui e seus tipos de repercussão. Mais do que isso, ou, em meio a isso, conhecendo-construindo o próprio objeto em questão. Sobre este objeto *cursos*, por exemplo, pode-se afirmar que não seria possível conhecê-lo (construí-lo) por avaliações tradicionais, mas só pela via do acompanhamento avaliativo, desenvolvido

como uma *caminhada com os cursos, constituindo-se com eles e ajudando-os a se constituir, da mesma forma que eles, ajudando a avaliação a se fazer.* Por esse entendimento afinamos com a compreensão de Passos e Barros (2010) de que todo conhecimento é uma transformação da realidade. Isso se pressupõe na relação entre *cartografia* e *pesquisa-intervenção,* metodologia que vislumbra a produção simultânea, ao mesmo tempo, de sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa.

Os cursos de qualificação profissional em questão geram uma produção incessante de movimentos, numa lógica efetivamente rizomática (Deleuze; Guattari, 1995), em fluxos que passam por múltiplos territórios (os serviços de saúde e a Escola, mas também os conselhos e entidades de classe, organizações sociais, de gênero, igreja, família, amigos, comunidade, ministério público, etc.). São uma produção ampliada de *redes*, impossível ser 'conhecida' não fosse pela abertura cartográfica. Esses fluxos são visibilizados por meio das vivências singulares, em ato, nos mais diferentes espaços, mas também pela produção de imagens e narrativas que se espalham em formas de comunicação em rede, como, por exemplo, nos fatos-imagens-notícias veiculando uma parceria feita com o conselho/entidade de classe para potencializar uma intervenção estratégica em um serviço, uma articulação com o ministério público para ajudar em uma determinada situação, a presença em um local ou evento estratégico na formação de opinião em temas de interesse, a realização de um procedimento (de assumir a assistência a um parto, de protagonismo em uma admissão/internação, de decidir sobre a indicação de uma determinada prática, de estar em determinados espaços antes proibidos, como situações que exigiram enfrentamento da ordem instituída em um local de trabalho, refletindo, portanto, deslocamentos dos sujeitos em formação nos contextos de trabalho).

Esses e vários outros compõem movimentos diretamente derivados dos cursos, que literalmente extrapolam a *sala de aula*. Tais movimentos podem ser entendidos como *efeitos-processo* ou *produtos-processo*, tendo utilidade naquele tempo real e no amplo espectro de subjetivações que vêm associadas. A potência de impacto da ação está es-

praiada ali mesmo e a função mais útil do acompanhamento avaliativo consiste em ajudar a fazer emergir tais ações-processos-efeitos.

- **Instrumentos avaliativos estratégicos como dispositivos de formação: diagnósticos e planos de intervenção**

No desenvolvimento dessas propostas formativas dois instrumentos cumprem especial função de fazer convergir o desenvolvimento dos *cursos* e da *avaliação*. Assim o *diagnóstico situacional* e *planos de intervenção* compõem a principal estratégia para *trazer o trabalho* ao centro da cena. São estratégicos em vários sentidos, tanto como disparadores de olhar avaliativo sobre o próprio trabalho, como meio de os trabalhadores-alunos *convocarem* todos os envolvidos (professores, preceptores, tutores, equipes dos serviços) para a discussão do trabalho. São dispositivos especiais porque evitam que se fique no aprendizado de conteúdos abstratos ou descontextualizados. São disparadores de análises coletivas do trabalho e colocam os trabalhadores como pesquisadores de seu próprio ofício. E, ainda, funcionam como dispositivos avaliativos estratégicos, não pela *caracterização/representação da realidade*, mas porque se instituem despertando o olhar para realidades possíveis de serem (trans)formadas. Ajudam a despertar o olhar de atenção a algo a que não se está acostumado (ver sistematicamente o seu próprio trabalho) e o olhar de criação/invenção para com as modificações pertinentes. Permitem ao trabalhador-aluno experienciar (e trazer à tona) suas afetações a partir/com (d)aqueles cenários. Nessa direção convergem diagnósticos e planos de intervenção, ambos apontando para o que precisa/pode ser modificado.

Busca-se um uso inovado de diagnósticos, adotando-os em caráter *dinâmico,* revisitados coletivamente, sempre ampliados por inclusões de novas situações e novos efeitos. Vai além de/em outro rumo que não a de classificação de estágios ou de metas em perspectiva estanque e (apenas) predefinidas. Nesse rumo, servem a um

avaliador-cartógrafo a escapar da avaliação como *representação* da realidade, não tomando-a como mero suporte passivo. É um exercício de *atenção avaliativa* não voltada para uma simples coleta e seleção de informações na realidade, mas atenção flutuante e aberta aos elementos de surpresa do processo e aos sinais "que indicam que algo acontece" (Kastrup, 2010).

No caso dos planos de intervenção, cuida-se em não perder de vista a concepção de intervenção que sustenta todo o processo formativo disruptivo, algo que se opera na transversalidade e no tensionamento do instituído, no esforço das renormatizações, etc. E nessa *premissa*, numa lógica de planejamento, também se lança mão de instrumentos (planos) que possam canalizar discussões, decisões, metas, ações, enfim, movimentos agenciados coletivamente para guiar operações potentes para viabilizar mudanças. Assim, são compreendidos como *planos de intervenção,* como um espaço estratégico para fazer convergir tais movimentos. Na última parte deste Livro encontra-se um conjunto de propostas/planos desenvolvidos na *interação curso-serviços,* que bem ilustram os focos de mudanças de modelo de atenção e as mobilizações institucionais que se entremeiam como intervenções nos sentidos aqui tratados.

É por meio desses instrumentos, em *uso aberto e dinâmico,* que podem se produzir e acompanhar nos cursos situações que parecem irromper como potências de onde *não se esperava* (no sentido de imagens-objetivos classicamente predefinidas), a exemplo das situações de redes/fluxos mencionadas anteriormente, indicando transformações em vários âmbitos. E entre as subjetivações, observando-se alterações das práticas e efeitos-processos de *autonomia* associada a mudanças de atitudes dos sujeitos envolvidos.

• Acompanhamento avaliativo e espaços de grupo como dispositivos

Destacamos este tópico, ilustrando os espaços operacionais onde se pode exercitar a análise coletiva do trabalho, mencionada

anteriormente. No acompanhamento avaliativo a utilização de espaços/técnicas de abordagens de *grupo* (oficinas, discussões nos moldes de grupos focais, rodas de conversa avaliativas, seminários, etc.) possibilitam as análises a partir das vivências no trabalho, dos modos de convívio cotidiano, fazendo interagir colegas com diferentes (e às vezes opostas) visões sobre a realidade e seu enfrentamento. Por outro lado, sendo um momento mesmo de intervenção, nos *grupos* possibilita-se ampliar os fluxos de discussão, não se reduzindo à escuta de percepções (o que usualmente é feito em avaliações/investigações convencionais), mas gerando deslocamentos – *grupo* explorado enquanto potencial de produção coletiva. Nessa ótica, propõem-se os grupos em caráter avaliativo, mas mobilizados para serem espaços de produção da própria grupalidade, desestabilizando lugares/posições e assim experimentados na perspectiva de indissociabilidade entre modos de formar e modos de produção de si. Esse mesmo caminho (dos espaços/técnicas de grupo) é utilizado em momentos sequenciais dos cursos, envolvendo seus atores (ora em encontros avaliativos locais ora em rodas/oficinas mais ampliadas).

- **Agregação de múltiplas fontes de informações e memórias como dispositivos**

Seguindo nos recursos e técnicas mencionados, no acompanhamento avaliativo são produzidas e/ou articuladas várias ferramentas para ir guiando os processos. Os instrumentos avaliativos, ora mais abertos ora mais direcionados, tomam o caráter de dispositivos no sentido de uso não estanque em si mesmo, mas para disparar conversas/análises. Nos serviços propriamente (locais de trabalho), agregam-se os diagnósticos, planos e outros instrumentos/roteiros que permitem o acompanhamento com base nas situações em mapeamento; estendendo-se como objetos do curso, tais materiais agregam-se a outros que contemplam os eixos avaliativos nas dimensões ampliadas dos cursos (figura 1 adiante).

Nova Digital | Proibida Impressão

Nos momentos conclusivos dos cursos e das sistematizações analíticas esses recursos/ferramentas servem também como *fontes de informações* em seu sentido mais clássico, isto é, resgatadas *a posteriori,* para busca/revisão de dados e fechamento de análises. Assim o *acompanhamento* pode ser considerado como uma ampla *fonte-motriz,* fonte original em toda sua potência de *informação-intervenção*. Englobam-se todos os tipos de *documentos* produzidos pelos sujeitos envolvidos, contendo registros das discussões, diários de campo, diagnósticos, instrumentos de planejamentos e sistematizações de análises e propostas, planos de intervenção, projetos institucionais dos cursos, cartas de compromisso e outros específicos de avaliação. Também se deve utilizar no início e ao final dos cursos um roteiro com questões que funcionam como linha de base para comparações sequenciais. Essas questões devem ser retomadas e problematizadas nas oficinas, grupos focais ou equivalentes ao longo dos cursos.

O acompanhamento avaliativo ganha força de conhecimento-intervenção com o próprio modo de registro da experiência na qual mergulham os sujeitos da avaliação. Nesse sentido, além do valor já bem reconhecido dos *diários de campo* nas pesquisas qualitativas, tais *instrumentos* podem ser potencializados como dispositivos (Lourau, 1993) por permitir restituir, na linguagem e na escrita, a experiência de campo, como produção de conhecimento sobre o processo e suas multifacetas, ao mesmo tempo sendo um guia de ajustes nos processos em seu percurso. Não se trataria apenas de um registro informativo das ações desencadeadas, de dados de observação, etc. É o registro do vivido, sentido, percebido, escapando de valorizar somente os resultados finais. A *memória como dispositivo* (Neves *et al,* 2010) articula-se nesse referencial, sendo um recurso transversalizador dos processos e relações vividas, permeados pelas racionalidades e também pelos afetos nos encontros, expressando inclusive os tipos de implicações produzidas no percurso. Não se trata de lugar de *conferência* do que se registrou (em moldes *arquivísticos*), mas como um *espaço-oportunidade* coletiva que se cria para revisitar e (re)validar as discussões, os encaminhamentos, os posicionamentos e, portanto, as subjetividades. Esses dispositivos articu-

lam-se à ideia dos *diagnósticos* e *planos de intervenção*, em *avaliação processual*, com a caracterização dinâmica dos momentos dos cursos, do trabalho e dos sujeitos.

- **Acompanhamento avaliativo como função corresponsabilizada e contratualizada**

Operada como uma *estratégia* e uma *lógica estruturante* dos cursos, a avaliação não fica a cargo de uma pessoa/especialista, mas de todos os sujeitos envolvidos e como um fio condutor que se vai instituindo nos projetos. É posta a instituir-se como uma *função* a se exercitar *transversalmente*. Evidentemente deve-se contar com apoiadores no campo do planejamento, monitoramento e avaliação, como referência para matriciamento teórico-metodológico, mas tendo esse próprio apoio a função de oferta de um novo modo de fazer avaliação. Aqui se fala de apoiadores no referencial de *apoio institucional*, metodologia proposta no campo da saúde coletiva (Campos, 2003; Brasil, 2008), trazendo um forte componente pedagógico na ação de assessoria/suporte a equipes em seus desafios de grupalidade e articulação de processos de trabalho. Agrega-se na atividade de *apoio* o suporte às análises coletivas do trabalho e ajudando que os cursos se configurem como processo formativo para toda a equipe envolvida (Santos Filho, 2010).

Na concepção de *apoio* e *formação*, não se trata de um olhar especializado externo mas de uma *inclusão* (na equipe e na estratégia de condução dos cursos) de um olhar compartilhado e produtor de conhecimento junto com o próprio grupo; alguém exercitando o desafio não exatamente de *realizar avaliação*, mas de convocar os sujeitos a se corresponsabilizarem com a *discussão sobre avaliação, experimentando-a* em um enfoque que interessa como experiência coletiva e emancipatória. Assim, valorizando a avaliação em seu caráter político-pedagógico e com o pressuposto de não se fazer paralela ou em anexo, mas de fazer nexos. Na sua operacionalização com os envolvidos nos cursos é importante o cuidado político-metodológico de se

construírem e pactuarem os objetivos (do processo de formação-intervenção e da avaliação) e as dimensões a serem utilizados, assegurando transparência e corresponsabilização no processo. Um dos sentidos pedagógicos é o de se criar uma cultura avaliativa reinventando o modo tradicional de avaliar, superando o que usualmente vem associado como prática punitiva, excludente, fiscalizatória, cartorial.

Nos cursos da enfermagem obstétrica, pela sua larga abrangência territorial, e com autonomia de cada universidade envolvida, deu-se ênfase a pactuações em oficinas iniciais com as equipes de coordenação, compartilhando alinhamentos metodológicos, seguindo-se em conversas nas agendas dos coletivos e oficinas inseridas no percurso.

Dimensões analíticas articuladas no acompanhamento avaliativo

Trazemos a ideia dos *marcos lógicos* (Hartz*,* 2005) para compor o acompanhamento avaliativo, funcionando como desenhos de dimensões referenciais, ajustados à ideia de *pistas* a serem exploradas ou coconstruídas no contato com as realidades no percurso avaliativo. Nesses termos, o desenho lógico demarca e indica direções, mas não aprisiona o caminho avaliativo; serve de guia no acompanhamento do processo.

Com essa aproximação reafirmamos a premissa de que tanto a realidade quanto os processos avaliativos estão sempre em transformação com o próprio acompanhamento avaliativo, daí a impossibilidade ou impertinência de uma pré-demarcação total dos recursos ou procedimentos metodológicos.

Ao problematizar o trabalho e sua finalidade, considerando-o como uma "produção de serviço", Zarifian (2001a, 2001b) postula que ele é, necessariamente, uma interação de recursos e pessoas, aprendendo com o próprio fazer e gerando resultados que sejam considerados válidos, úteis, pelas pessoas. O valor de uso de um *serviço* está associado à capacidade de atender às necessidades e expectativas, em uma interação para gerar mudanças significativas na

vida do outro, isso valendo tanto para os usuários quanto para os profissionais. Aqui lembramos o desafio essencial dos cursos, passando pelo fortalecimento do protagonismo e autonomia para contribuir com mudanças de modelo de trabalho/cuidado. Nessa direção, a avaliação dos cursos e sua *utilidade como produção de serviço* passa pelo cruzamento de vários elementos, como se vê nas dimensões articuladas em seu marco lógico (figura 1). Ao demarcar a transversalidade das dimensões amplia-se a perspectiva investigativa, associada a aprendizagens interligando esferas organizacionais (do curso e dos serviços de saúde) e as subjetividades dos trabalhadores. Nessa interligação não se trata de pensar competências/habilidades/atribuições (dos trabalhadores) e mudanças de processos e práticas organizacionais num plano idealizado e abstrato, mas, como já dito, avaliação posta no *entre as normas e renormatizações,* focando-se no que se aprende-implementa com o próprio trabalho, no enfrentamento cotidiano de situações; o que emerge como tomadas de iniciativa e assunção de (co)responsabilidade na atividade situada – o que os coletivos de trabalhadores aprendem e põem em funcionamento para *dar conta do trabalho e do cuidado*, sendo-lhes útil na acepção de *produção de serviço.*

Inúmeras situações podem ilustrar essa *produção de serviço* na atenção ao parto e nascimento. A *formação-cuidado* que se opera no seio da organização e na relação equipe-usuários expressa-se na capacidade dos cursos de produzir interferências nos processos de trabalho, na adoção de boas práticas, em novos modos de integração ensino-serviço, na tessitura de redes e nos modos de interações e vínculos que vão além de atenção em sentido restrito e fazem diferença nas vidas dos sujeitos envolvidos, usuários e trabalhadores, num momento tão singular de encontro desses sujeitos. Aqui vale o conceito de cuidado em Boff, que bem se alinha aos processos-efeitos de nosso interesse. Para ele, “cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2000).

Por esse contexto, alerta-se para a necessária *ampliação do olhar avaliativo em diferentes âmbitos de processos e efeitos* e superando o enfoque centrado em produtividade, em desempenho do aluno e outros indicadores restritos de eficiência, eficácia e efetividade. Trata-se de inventar indicadores afinados com as noções de ganho de autonomia, protagonismo e novos modos de produção do trabalho (de gerir e de cuidar). E trata-se de, por essa via, fazer-se (a avaliação) como mediadora da ação educativa ou cumprir a função que afirmamos como de *nexo* entre a intenção do projeto e o seu desenrolar no alcance/aprendizagem, fazendo a costura do processo, ao mesmo tempo nele indicando *furos* que desvelam situações. E quais situações são essas? Aquelas que são *analisadoras* do próprio processo – que revelam seu êxito, sua potência e também suas limitações e desafios.

O horizonte alargado de utilidade (do trabalho e da avaliação) é então canalizado e transversalizado na perspectiva de três dimensões avaliativas num enfoque multi e transdimensional. O desenho avaliativo está esquematizado na figura 1: pela dimensão 1, focam-se as bases do próprio processo de formação, colocando-o em análise para ajustes e validações de seus eixos de planejamento/ação pedagógica; pela dimensão 2, analisa-se seu alcance na formação dos trabalhadores/alunos, compreendidos como *sujeitos no contexto do processo de trabalho e da formação;* e pela dimensão 3, a repercussão na organização dos serviços e cuidado aos usuários. As dimensões abrem-se à articulação de *indicadores-analisadores* da capacidade do curso, como intervenção, gerar efeitos em diferentes e indissociáveis sentidos, como mudanças nos processos, nas práticas sanitárias, nos sujeitos e relações. Nessa linha o *acompanhamento avaliativo* faz-se com a criação de espaços de análise tomando como indissociáveis os planos de produção dos serviços e dos sujeitos. É um movimento que, como já dito, vai possibilitando que sujeito, objeto e estratégias se criem ao mesmo tempo. Equivalendo a isso, é um movimento que faz emergir, como indissociáveis, (novos) modos de cuidar (atenção), de gerir (gestão) e de formar.

Objeto/Dimensão de análise I	**Objeto/Dimensão de análise II**	**Objeto/Dimensão de análise III**
O curso e sua dinâmica: estrutura, conteúdos e estratégias político-pedagógico-metodológicas ↔	**Os sujeitos-equipes e sua dinâmica:** os sujeitos no contexto do processo de trabalho e da formação (e as relações aí estabelecidas) ↔	**O serviço e sua dinâmica:** as repercussões da formação para a dinâmica dos serviços e suas práticas de gestão, cuidado e formação
Dimensões/Focos de análise: processos e efeitos		
Abrange o acompanhamento-investigação do planejamento e ajustes ou regulações em seu próprio desenho e implementação; diz da organização, arranjos, articulação das práticas pedagógicas, recursos (Aspectos que informam sobre a capacidade do projeto de funcionar como *intervenção*) ↔	Aspectos que informam sobre as habilidades técnicas e sobre a inserção-inclusão dos trabalhadores nos processos de trabalho e de formação e a produção de intersubjetividade (considerando as *modalidades de trabalho induzidas pelos serviços e pelos cursos);* também a articulação/produção de práticas de integração (trabalho-formação) Autonomia, Protagonismo (como sujeitos, equipes) Pode-se ilustrar com os seguintes focos de avaliação: • Oportunidade de articulação de saberes, do conhecimento prático, dos objetos, dos processos, práticas e relações de trabalho (em equipe) • Articulação/produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais • Articulação/produção de estratégias de renovação de sua atuação, do funcionamento como equipe, na relação entre pares e com a hierarquia de gestão • Articulação de interesses para construção/invenção de projetos comuns e construção de redes	↔ Repercussões nos processos de trabalho e tipos de práticas de atenção, gestão e formação incorporados na dinâmica dos serviços e na relação com os usuários

Figura 1. Acompanhamento avaliativo transversal de processos de formação-intervenção: objetos/dimensões e focos de análise.
Fonte: Santos Filho, 2010, 2014 (Adaptados).

Nova Digital Retrovida Impress

À GUISA DE CONCLUSÃO: AVALIAÇÃO PRODUTORA DE REDES

A ação de formação deve ser entendida como dispositivo de problematização do processo de trabalho e sempre visando à ampliação dos modos de comunicação, seguindo o conceito de transversalidade e de compartilhamento de experiências, resultando em produção e fomento de redes. Seus objetivos principais (da formação-intervenção) convergem, assim, para a ampliação de redes em diferentes vertentes: redes de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de gerir e de cuidar em saúde, redes por (almejar) articular o trabalho em equipe e interequipes, interconectar saberes, ações, serviços, estes e as universidades (em novos modos de integração ensino-serviço) e também conexão com as entidades do entorno, como organizações sociais e associações profissionais.

O acompanhamento avaliativo como parte integrante dos atos de planejar e fazer é um processo que permite acompanhar-investigar a realidade, tecendo e desvelando as *redes* que a constituem e potencializando sua perspectiva rizomática. É, portanto, uma prática geradora de *rede*, ressaltando a compreensão de rede como arranjos físicos, técnicos, políticos e afetivos, ou arranjos de cuidado em sentido ampliado, aí subjazendo linhas de força para sustentar grupalidades, movimentos de afetações e atitudes de corresponsabilização.

A articulação das dimensões avaliativas está em conexão com a produção de redes. Por outro lado, conecta-se aí um *movimento de produção de dados/informações* que não se reduz a *coletas* nem a *subsídios para uma análise*. É a produção de *analisadores*, elementos indicativos da realidade e de caminhos, e isso se fazendo por meio de *redes-encontros* (de sujeitos, dados, técnicas, etc). Tal produção se faz principalmente *escutando diferentes pontos de vista no caminho* e assim efetiva-se em uma dinâmica ou espiral de *negociação* e de *contratualização* entre sujeitos. Por isso, afirmamos se tratar de um processo de contratualização instituinte na organização, desestabilizando objetos instituídos, reconhecendo (e redistribuin-

Nova Digital - Produção Impressa

do) funções, saberes e poderes, e os coletivos assumindo a coautoria do processo avaliativo (Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011).

Uma importante direção do *acompanhamento avaliativo* é o seu alinhamento à premissa de que todo o processo/experiência pedagógica traga em si uma *perspectiva investigativa*, de indagação permanente. Esses cursos-experiências se propõem para serem desenvolvidos como práticas de formação e pesquisa avaliativa engajada, esperando-se apropriação dos processos (e efeitos) pelos coletivos, convergindo na coprodução de conhecimento-ação. Paulo Freire (1996) considera como indicotomizáveis o ato de formar e de pesquisar. Há nessa direção mais um âmbito de sustentação para a perspectiva de 'indissociar' formação e avaliação-pesquisa-intervenção sobre a própria prática pedagógica. A aplicabilidade essencial desse modo de fazer avaliação não recai somente na sua utilidade em ir ajustando o processo, mas também porque subsidia ou coincide com a própria produção (na prática) de uma metodologia tanto de formação quanto de avaliação.

A operacionalização desses modos de avaliar põe o desafio de se estabelecer *nexo* (em busca de adequações) entre os componentes da intervenção, isto é, entre objetivos, objetos (transversalizando-se nas dimensões avaliativas), os dispositivos metodológicos e os efeitos. Não deve ser *anexo* da intervenção, mas ser e produzir *nexo*, alimentando todo o processo desencadeado, subsidiando ajustes contínuos e buscando aproximar as intencionalidades e o previsto às necessidades reais que emergem no próprio processo.

Como propostas inseridas interinstitucionalmente e com o compromisso de operar transformações na realidade, os cursos nos referenciais da formação-intervenção em enfermagem obstétrica precisam ser alvo de olhares avaliativos capazes de indicar seu potencial e de contribuir tanto na sua implementação quanto na produção/legitimação de conhecimento sobre a ação pedagógica e sobre avaliação. Para o enriquecimento dessas experiências, outras perspectivas avaliativas devem ser abertas, lembrando a inquestionável pertinência da pluralidade de abordagens. Não é demais reafirmar que o *acompanhamento avaliativo* se institui como uma prática par-

ticipativa, buscando escapar de avaliações de ordem *externa* e centradas em aferições com pretenso olhar de neutralidade. Evidentemente essa prática traz desafios, num exercício criterioso, com análise de implicações e multiplicando rodas avaliativo-formativo-participativas colocando em análise a própria avaliação.

REFERÊNCIAS

Baremblitt GF. O inconsciente institucional. Belo Horizonte: FGC/IFG; 2011.

Barros MEB, Barros RB. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.

Boff L. Cuidado: o ethos do humano. In: Ferreira G, Fonseca P (orgs). Conversando em casa. Rio de Janeiro: Sette Letras; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. APICEON: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis-Revista de Saúde Coletiva, 2004; 14(1):41-65.

Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.

Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: FGV; 1997.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. São Paulo: Ed 34; 1995.

Freire P. Educação e atualidade brasileira. Tese de concurso para a cadeira de história e filosofia da educação na Escola de Belas Artes de Pernambuco. Recife, PE; 1959.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Nova Digital Prioridade Impress

Guattari F. Psicanálise e transversalidade. Aparecida, SP: Ideias e Letras; 2004.

Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.

Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.

Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2010.

Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil**.** Cad. Saúde Pública, 2014; 30(1):5.

Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.

Lourau R. Análise Institucional e Práticas em Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Lourau R. El estado y el inconsciente. Barcelona: Kairós; 1980.

Neves CA, Gonçalves RM, Santos Filho SB. Memória como método cartográfico e dispositivo de formação-intervenção no contexto da produção do cuidado em saúde pública. In: Pinheiro R, Lopes TC. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2010.

Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2011, 4541-548.

Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2010.

Rolnik S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Sulina/UFRS; 2006.

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde**:** aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí; 2010.

Santos Filho SB. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 12(4): 999-1010.

Santos Filho SB. Pesquisa em humanização: articulações metodológicas com o campo da avaliação. Saúde & Transformação Social, 2014; 5(2): 1-10.

Nova Digital | Prova da Impress

Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalvez L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Onocko Campos R, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes: Campinas: Ed.Unicamp; 2011.

Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007.

Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli PF, Soboll LA. Clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas; 2011.

Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001a.

Zarifian P. Objetivo Competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001c.

Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001b.

ova Digital Proibida Impress

2

Cursos de qualificação profissional no desafio da formação-intervenção: foco na enfermagem obstétrica

Kleyde Ventura de Souza e Serafim Barbosa Santos Filho

CONTEXTO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

No Brasil a mudança de modelo de atenção obstétrica, no cenário das políticas públicas de saúde, tem se mantido no centro do debate entre pesquisadores, entidades de classe, associações profissionais, gestores de serviços, trabalhadores, movimentos sociais e mulheres em geral. As atuais taxas de mortalidade materna e perinatal, a elevada proporção de cirurgia cesariana e o uso acrítico e abusivo de procedimentos reconhecidos como desnecessários e/ou prejudiciais na assistência ao parto e nascimento são indicadores que ilustram o atual modelo de atenção, posto em debate na perspectiva de revisão das práticas que se mostram inadequadas e como um desafio alinhado ao fenômeno da desmedicalização do parto.

Na abordagem dessa situação estudiosos apontam para a prevenção quaternária em obstetrícia, que envolve um conjunto de atividades voltadas à identificação de pessoas em risco de medicalização – como é o caso das mulheres na saúde reprodutiva – e à minimização de iatrogenias pela redução de procedimentos desnecessá-

Nova Digital - Profiog Impress

rios (Souza; Pileggi-Castro, 2014). Ainda para superação dos efeitos e repercussões do predominante modelo de atenção, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm sido tomadas como referência para as políticas do Ministério da Saúde (MS) desde 1996 (OMS, 1996; Brasil, 2001; 2005; 2017). Nesse contexto, análises de ações voltadas para a melhoria da atenção às mulheres e seus bebês mostram que a assistência por *pessoal qualificado* é um componente essencial na promoção da saúde reprodutiva, materna e do recém-nascido (OPAS, 2014), e isso coloca a *qualificação de recursos humanos* como um alvo estratégico para o alcance das metas que o Brasil compartilha, internacionalmente, nos pactos desencadeados pela Organização das Nações Unidas (ONU), firmados nos "Objetivos do Milênio e de Desenvolvimento Sustentável" (ONU, 2000; 2015).

Na qualificação profissional nesse campo no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) ocupa posição de destaque como ordenador e promotor da formação, sendo a Enfermagem um dos focos das políticas indutivas do MS, com investimentos para a formação de especialistas e sua inserção nos serviços da rede SUS. Nas propostas do MS esse investimento é justificado pela necessidade de adequação das equipes hospitalares e ampliação dos centros de partos normais (CPN), com o reconhecimento do potencial de contribuição da Enfermagem Obstétrica para mudança do modelo de atenção (Sandall et al., 2016). Em suas padronizações, o MS recomenda que a assistência ao parto e nascimento de risco habitual possa ser manejada tanto por médicos quanto por enfermeiras obstétricas e obstetrizes e, ainda, que o Sistema proporcione condições para a implementação de modelos que incluam esses profissionais nas equipes, com isso observando-se vantagens na abordagem assistencial, como, por exemplo, a redução de procedimentos desnecessários e a maior satisfação das mulheres (CONITEC, 2016).

Numa perspectiva histórica é importante destacar que desde os anos de 1990 o Brasil tem iniciativas sistemáticas de melhoria da qualidade da atenção obstétrica e perinatal, estimulando a formação e a inserção das enfermeiras obstétricas em hospitais e maternidades. Para incremento dos quadros de trabalhadores, visando à im-

plementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e ações como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o MS financiou Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) em todo o país. Durante os anos de 1999 a 2004 foram realizados 76 cursos com a formação de cerca de 1.400 enfermeiros, numa ação inédita com financiamento público (Costa; Schirmer, 2012). Nomeamos essa fase como a 'primeira onda' de formação em enfermagem obstétrica no Brasil, caracterizada pelo aumento do número de profissionais e pelo fortalecimento da representação da categoria, por meio da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO).

Embora esse investimento tenha sido reconhecido com um avanço para a redução do déficit dos profissionais, a hegemonia do modelo biomédico vigente desde lá imputava obstáculos tanto ao desenvolvimento dos cursos quanto ao alcance de sua finalidade, tais como as fragilidades relacionadas à formação (dissociação entre teoria e prática) e campos de práticas restritivos à autonomia da prática (e do ensino) da enfermagem obstétrica (Pereira; Nicácio, 2014; Amorim; Gualda, 2011). As enfermeiras enfrentaram dificuldades, principalmente na assistência ao parto normal (Pereira; Nicácio, 2014). Nos hospitais e maternidades continuavam lidando com as tradicionais dificuldades do sistema e sua organização do trabalho, com baixo grau de interação entre as distintas profissões e especialidades, fragmentação da prática clínica e persistência das estruturas de hegemonia do modelo (Merighi; Yoshizato, 2002). Destacam-se, em especial, as dificuldades na sua inserção pela não especificidade para ingresso na carreira, o que permitia que elas fossem alocadas em outras funções. Essa decisão ficava a cargo das chefias dos serviços, que poderiam ou não inserir tais profissionais na assistência (Amorim; Gualda, 2011; Pereira, 2013).

Desde esse período já se observavam lacunas relativas à disponibilidade da força de trabalho e desafios da qualificação profissional, reconhecendo-se a necessidade de criação/otimização de postos de trabalho (UNFPA, ICM, WHO, 2014) e fixação nos serviços com atuação nos centros obstétricos e correlatos (Lima e cols, 2017). Embora a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) contemple a

ocupação de enfermeiro obstétrico, o ingresso na carreira - na maior parte do sistema de saúde - é para o cargo de enfermeiro (Lima e cols, 2015). Mas, juntamente à luta pela ocupação dos espaços de direito, emerge a necessidade de discussão de funções e de responsabilidades na prática profissional e de um novo modelo de cuidado que exige das práticas educativas o compromisso ético-político de produzir alterações no mundo do trabalho (da própria formação), com base nas demandas reais.

Assim, em meio às limitações das políticas de incentivo de inserção na prática, e após um período de supressão de financiamentos, o lançamento da Rede Cegonha (RC) pelo MS, em 2011, trouxe novas iniciativas de qualificação de profissionais na área de Obstetrícia, incluindo a Enfermagem Obstétrica.

Com a Rede Cegonha reafirma-se o reconhecimento das enfermeiras como um quadro estratégico para a transição do modelo de atenção e o MS volta a apoiar, a partir de 2012, a formação de profissionais, com parcerias envolvendo Instituições de Ensino Superior (IES) e serviços já com acúmulos na humanização da assistência obstetriconeonatal. Essa iniciativa veio com o apoio da ABENFO (OPAS, 2014), caracterizando a 'segunda onda' de incentivo do MS para a formação em Enfermagem Obstétrica.

Nessa segunda onda ressurgem modalidades de formação concomitantes. Mantêm-se os Cursos de Pós-Graduação *lato sensu* (Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/Rede Cegonha) e lançam-se duas outras modalidades: Residência em Enfermagem Obstétrica (REO) e o Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO). De 2012 até agora foram formadas/capacitadas mais de 3000 enfermeiras.

A criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) ocorreu em 2012, com a aprovação de propostas de Residência em 18 Instituições de Ensino Superior localizadas no Acre, Amazonas, Rondônia, Pará, Piauí, Bahia, Ceará, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (Brasil, 2012; Lima e cols, 2015) e oferta de bolsas de estudo, financiadas em conjunto com o Ministério da Educação.

Nova Digital Publicações Impress

Vale destacar que essa modalidade de formação, cujo processo é reconhecido como diferenciado por sua carga horária, com ênfase no treinamento em serviço, com diversificação de setores e diferentes níveis de complexidade, entre outros atributos, tem sido tensionada por grandes desafios: os campos de práticas são marcados pelo modelo tecnocrático, intervencionista e ainda restritivo à formação/atuação interprofissional, e nesse contexto a necessidade de qualificação de preceptores e urgente superação de nós críticos como a integração ensino-serviço, teoria e prática.

Mas, com a criação da Residência e ampliação dos demais programas formativos, o MS reforça o compromisso da qualificação e formação em Enfermagem Obstétrica, possibilitando o desenvolvimento de saberes e competências, segurança, inserção e satisfação no trabalho, com a melhoria no desempenho profissional (Silva e cols, 2014; Lima e cols, 2015). Por outro lado, a partir desse momento o MS reforça o compromisso com a *mudança de modelo*, ampliando os desafios para qualificação mais ampla dos serviços, compreendendo como estratégico promover a *articulação entre gestão, atenção e ensino*, buscando potencializar os esforços na reorganização dos processos de trabalho, na lógica da multiprofissionalidade e produção de autonomia no cuidado às mulheres e seus bebês.

A modalidade de Curso de Especialização (CEEO/Rede Cegonha) teve como público-alvo inicial enfermeiras vinculadas a serviços contratualizados com a Rede Cegonha, cujos gestores manifestaram interesse na mudança de seus modelos organizativos. Esses cursos vêm sendo realizados sob a coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) em parceria com IFES de todas as regiões do país, numa estrutura inédita de parceria, contemplando um arranjo de desenvolvimento multicêntrico e de apoio sistemático, envolvendo os serviços e vários atores, disparando movimentos para mudança de modelo de atenção. Nessa direção, colocamos em perspectiva a ampliação dos horizontes de formação, assumindo que tão importante quanto o fortalecimento da força de trabalho é ampliar a rede de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de cuidar e de organizar-gerir o trabalho.

A outra modalidade de formação é o Curso de Aprimoramento, criado inicialmente para atualização de conhecimentos tecnocientíficos, habilidades e atitudes para a assistência ao parto e nascimento em hospitais/maternidades e Centros de Parto Normal (CPN). Trata-se de um projeto que compõe um dos Programas de Aperfeiçoamento do SUS. Entre os seus objetivos destacam-se o de fomentar o protagonismo da Enfermagem na qualificação dos processos de cuidado e de gestão e articulação de equipes multiprofissionais e integradas, desenvolvendo competências que instrumentalizem a enfermeira no resgate e fortalecimento de sua prática.

As diretrizes específicas da formação profissional fundamentam-se nas competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, definidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM), e adotadas pela ABENFO Nacional (ABENFO, 2002). No Brasil, as enfermeiras obstétricas e obstetrizes têm seu exercício normatizado e fiscalizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e respectivos Conselhos Regionais (COREN), com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 (Brasil, 1986; COFEN, 2017).

Essas experiências de formação/qualificação profissional visam responder à necessária inserção de profissionais nos cenários assistenciais, ressaltando-se valores e atributos de uma formação que seja capaz de interferir nos modos de organização do trabalho e de cuidado às mulheres/crianças. Com isso, almejam-se enfermeiros integrando-se em equipe e capazes de interagir na prestação do cuidado, compreendendo a gestação, o parto, o puerpério e a amamentação como processos singulares na vida das mulheres (na sua relação especial com os bebês e famílias) e com melhor preparo para o reconhecimento dos aspectos fisiológicos, sociais, culturais, subjetivos, emocionais, sexuais e espirituais aí envolvidos.

Nova Digital Profissional Impress

AMPLIANDO HORIZONTES COM A PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

Ao se enfatizarem esses valores e atributos almejados com os processos formativos, desponta-se a necessidade de também enfatizar os marcos político-pedagógicos capazes de sustentar a formação nos rumos que o MS indica como necessários à reorganização dos serviços e que nomeia como *mudança de modelo* (Brasil, 2014).

Atenta a esse contexto, a Escola de Enfermagem da UFMG, parceira do MS na condução de programas de residência e cursos lato senso, procurou alinhar suas linhas pedagógicas aos desafios do MS e do SUS. Nesse sentido, partindo da complexidade desse campo de atenção e no propósito de contribuir na mudança de modelo, adotou o referencial da *formação-intervenção* nas edições mais recentes dos cursos de especialização e aprimoramento. Esse referencial compõe o marco teórico-institucional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH) e foi incorporado em diferentes áreas do SUS/MS, entre eles a Política Nacional de Saúde da Mulher/Rede Cegonha (Brasil, 2010, 2014).

Orientados pela perspectiva da formação-intervenção, os cursos buscam fortalecer sua finalidade essencial de ampliação da rede de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de gerir e de cuidar em saúde, tendo como foco o cuidado no campo obstétrico (Brasil, 2014; Santos Filho; Souza, 2019). Como propõe a PNH, a finalidade é promover o protagonismo e a autonomia de sujeitos/equipes/serviços, ampliando a capacidade de análise e de intervenções baseadas nas demandas reais do trabalho e no reconhecimento das necessidades e expectativas dos usuários.

Nesse referencial foram estruturados os cursos recentes de especialização e aprimoramento que a EEUFMG coordenou e ministrou em todo o país, nos anos de 2016 a 2019, em caráter multicêntrico, envolvendo todos os estados, 20 universidades federais, cerca de 350 serviços (entre campos de estágio e hospitais de lotação dos alunos) e mais de 400 alunos-trabalhadores.

Nova Digital Editora Impressa

A iniciativa da UFMG foi uma evolução em seu histórico de experiências anteriores, inclusive com contribuição no campo da residência em enfermagem obstétrica. Partindo dos acúmulos e em revisões críticas das lacunas e desafios na formação, movimentou-se para uma ampliação de referenciais formativos mais alinhados aos princípios e diretrizes do MS, oficializados nas políticas estruturantes da Saúde da Mulher/Rede Cegonha.

Seguindo esses princípios, foram reafirmados os objetivos previstos nos projetos de cursos, neles incorporando diretrizes teórico-metodológicas potentes para promover aberturas nos horizontes de intervenção. Tais aberturas se fariam efetivar no *modo de condução* dos processos formativos, buscando ampliação e potencialização de sua finalidade e de seu alcance. Como se verá em outros capítulos deste livro, a produção de redes, em diferentes sentidos, configura-se como uma das principais dimensões transversais que se fizeram subjacentes aos objetivos dos cursos.

Vale ressaltar os objetivos originais dos cursos, cuja amplitude já traz em si a necessidade de ampliar abordagens metodológicas, aproximando-se do desafio ético-político que norteia as mudanças desejadas nesse campo de saberes e práticas. Dois grandes objetivos gerais indicam o rumo esperado: (i) contribuir para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido, com foco na melhoria da assistência ao parto e nascimento, na redução de cesarianas desnecessárias e no fortalecimento do trabalho em equipe; (ii) fortalecer iniciativas de hospitais/maternidades aderidos à Rede Cegonha, comprometidos com a mudança do modelo e com a incorporação de boas práticas, entre elas a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento. Os objetivos específicos vêm reforçar o tom das mudanças esperadas. Eles apontam para além da expectativa de desenvolver conhecimentos tecnocientíficos, habilidades e atitudes para a assistência ao parto e nascimento em Centros de Parto Normal e Hospitais/Maternidades, a expectativa de formar enfermeiras com perfil humanístico e ético, capazes de atuar como colaboradores na mudança de modelo de atenção, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde materna e neonatal do país.

Nova Digital Provisória Impressão

Ao fazer convergir esses objetivos para a perspectiva da *formação-intervenção*, alerta-se para a necessidade de ampliar a *qualificação para análise-intervenção na organização e gestão dos processos de trabalho*, condição que consideramos necessária para dar conta dos objetivos almejados. Em outros termos, não se acredita possível seu alcance com abordagens tradicionais de educação centradas na transmissão de conhecimentos e descoladas das vivências e dos saberes construídos na experiência (Heckert; Neves, 2007; Brasil, 2010). É nesse rumo que se enfatiza, como indicado na PNH, o caráter ético-estético-político da escolha ou das inovações propostas. Assim, o horizonte de objetivos dos cursos foi tomado para tecer o horizonte de seus desafios teórico-políticos, estruturando-os na concepção de formação-intervenção. Esse referencial traz o *trabalho* (a realidade dos serviços e vínculos que os profissionais estabelecem com eles) como elemento essencialmente constituinte do processo formativo e convoca a sua avaliação (do serviço e do processo formativo) em caráter contínuo e transversal (Santos Filho, 2010).

É também oportuno reafirmar mais um âmbito de desafio dos cursos: o de atualizar um dos princípios do SUS, de integração ensino-serviço, pressupondo que o Sistema Único de Saúde deve ser o legítimo ordenador da formação profissional, em conformidade com suas necessidades e suas políticas. Nesse caso, vale lembrar o cenário atual da atenção ao parto e nascimento no Brasil, com indicadores demonstrando condições preocupantes na morbimortalidade materna e perinatal e manutenção de práticas assistenciais consideradas inadequadas (Leal; Gama, 2014; Brasil, 2017), condições que justificam os investimentos recentes do MS (como os próprios cursos aqui em questão), considerando toda a complexidade e desafios do modelo atual de atenção. Tal modelo é perpassado pelas características marcantes do paradigma hospitalocêntrico e medicocentrado, no qual se cruza uma complexa teia de saberes, interesses e poderes atravessando os sujeitos e instituições nele envolvidos.

Em meio a esse contexto e seus desafios, pelo caminho da formação-intervenção convoca-se a uma exploração analítica das realidades de trabalho e fatores aí influentes. O princípio de *formação*

como *intervenção* traz a proposta de interferência no *trabalho*, isto é, nele e com ele articulando produção de conhecimento, práticas de atenção e de gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável. Em outros termos, entendendo que a formação se dá como intervenções formadoras, que todo o processo de formação é desde sempre situado, contingenciado pelo processo de trabalho e pelas condições em que o trabalhador vivencia tal processo – entendimento que afirma que formar equivale a intervir na situação - sempre coletiva - do trabalho (Barros; Barros, 2007; Heckert; Neves, 2007).

Nesse sentido, seguimos na trilha da *formação-intervenção*, partindo das formulações que agregam a *avaliação como um dispositivo* em seu desenvolvimento (Heckert; Neves, 2007; Brasil, 2010; Santos Filho, 2010, 2014), compartilhando com seus autores que o processo pedagógico deve ser atravessado pelo *cotidiano dos serviços*, em seus *modos de fazer a atenção* e a *gestão*, discutindo-se o *processo de trabalho* e o *saber da experiência* que aí se conforma, fomentando a mobilização dos coletivos/equipes para analisar os modos de inserção no trabalho e deflagrar mudanças. E, ainda com os referidos autores, compreendendo que essa *realidade* é a matéria constituinte da construção do processo formativo para enfrentamento dos desafios da concretização do SUS, por isso um processo que deve funcionar como dispositivo de problematização do trabalho, como base para sustentar discussões das relações de saberes e poderes que subsistem às dificuldades de inserção no campo e integração transdisciplinar e multiprofissional.

Ao seguir nessa trilha, trouxemos para os cursos (e para este livro) as experimentações de condução de processos formativos com os desafios já mencionados, pondo em foco a complexa realidade de trabalho no campo obstétrico e neonatal. Nesses processos, *caminhar com a avaliação* significou mais uma oportunidade de experimentá-la nos moldes em que propomos no capítulo 1/parte 1, em especial experimentando-a em sua potência de produção de *analisadores situacionais-institucionais* afetos a esse campo de saberes e práticas – sobretudo ajudando a ver que não basta o preparo técnico para as interferências desejadas no mundo do trabalho e assim ajudando na análise dos diversos fatores (valores, interesses, etc.) que aí se cruzam e que

fazem predominar um ou outro tipo de organização do trabalho, isto é, que configuram os modelos de atenção e de gestão nos serviços.

Aqui vale reafirmar a perspectiva ético-estético-política desse caminho, com isso afinando-se com a tônica das (trans)formações que são esperadas no cenário em questão. Espera-se que os profissionais da Enfermagem Obstétrica reconheçam-se como atores estratégicos para a mudança do modelo ainda vigente; que o sistema e seus representantes institucionais, em construção conjunta das políticas públicas e em resposta aos investimentos na formação/qualificação, atuem incisivamente para que se efetive essa inserção na atenção obstétrica; que as mulheres, suas famílias e a sociedade possam usufruir do trabalho em equipe multiprofissional e de uma rede de saúde organizada e integrada; e que as vivências/experiências no processo de parto e nascimento potencializem a formação/capacitação da enfermagem e demais profissionais de saúde, comprometida com significações que impliquem a renovação dos sentidos de parir, nascer e viver.

REFERÊNCIAS

ABENFO. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras. Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia/2002. Confederação Internacional das Parteiras/ICM, 2002. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/116.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

Amorim T, Gualda DMR. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2011; 12:833-40.

Barros MEB, Barros RB. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.

Brasil. Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012 (BR). Processo seletivo destinado à oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Brasília: Diário Oficial da União, 2012; 3:136-7.

Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 1986.

Nova Digital - Propriedade Impress

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humanizasus. V.4.: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/APICEON) / organizado por Kleyde Ventura de Souza [et al.] -- Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 04 set. 2018.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

Costa AANM, Schirmer J. The role of nurses graduated at the course of expertise in obstretics, in the northeast of Brazil - from the proposal up to the operacionalization. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2012; 16:332-9.

Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.

Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil**.** Cad. Saúde Pública, 2014; 30(1):5.

Lima GPV et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2-15; 19:593-599.

Nova Digital - Impressão Digital

Lima MFG et al. Desenvolvendo competências no ensino em enfermagem obstétrica: aproximações entre teoria e prática. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.70, n.5, p.1054-1060, out. 2017.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501054-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 de julho de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0665

Lima PV et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [en linea] 2015, 19 (outubro-dezembro). Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127743547010>. Acessado em 07 de julho de 2019. ISSN 1414-8145

Merighi MAB, Yoshizato E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002; 10:493-501.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID: 1996.

ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2000. Disponível em: <https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/MDGs/MDGs2.html>. Acesso em: 04 set. 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2015. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Montevidéu: CLAP/SMR, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=434-conjunto-de-ferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nas-americas-3&Itemid=219&lang=es>. Acesso em: 04 set. 2018.

Pereira ALF. As Políticas Públicas brasileiras para a formação e qualificação das enfermeiras para a assistência ao parto e nascimento: A experiência de formação, inserção e fixação de enfermeiras obstétricas no município do Rio de Janeiro. Anais do 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Florianópolis: ABENFO, 2013. p.1-8.

Pereira ALF, Nicácio MC. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. Revista de Enfermagem da UERJ, 2014; 22:50-56.

Sandall J et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev, v.45, n.1, p.185-194, 2016.

Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 04 set. 2018.

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí; 2010.

Santos Filho SB. Pesquisa em humanização: articulações metodológicas com o campo da avaliação. Saúde & Transformação Social, 2014; 5(2): 1-10.

Santos Filho SB, Souza KV. Formação em enfermagem obstétrica para o trabalho em equipe: referenciais avaliativos e de análise-intervenção na organização e gestão do trabalho. In: Souza KV, Santos Filho SB, Carmo JMA, Vallerini APLG (orgs). Caderno do Curso de Aprimoramento em EO. Belo Horizonte: EEUFMG, 2019.

Silva RM et al. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. Acta Paulista de Enfermagem, 2014; 27:362-6, 2014.

Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cadernos de Saúde Pública, 2014; 30:11-13.

ova Digital – Proibida Impress

Parte 2

Cartografando um curso em seu movimento

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

Acompanhamento avaliativo de um movimento de formação-intervenção: método e efeitos transversais de um curso no desafio de mudança de modelo de atenção ao parto

Serafim Barbosa Santos Filho,
Kleyde Ventura de Souza e Stella Malta

DO MOVIMENTO EM AVALIAÇÃO: O CURSO EM REDE E COMO PROCESSO FORMATIVO MULTICÊNTRICO

O processo de formação-intervenção aqui tomado como *objeto-movimento* em análise operou-se na forma de um curso multicêntrico de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO), implementado por meio de parceria entre a Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG) e o Ministério da Saúde (MS). Configurou-se como um processo formativo de caráter multicêntrico, desenvolvido por 20 instituições federais de ensino superior (IES), abrangendo todo o território nacional. A partir de um projeto político-pedagógico formulado pela UFMG, as IES foram articuladas na implementação do Curso, ajustando-se às realidades locorregionais e compondo uma rede de formação. Nesse desenho o curso possibilitou a participação de enfermeiros das capitais e de outros municípios nos estados onde as IES se situavam. O critério básico de inclusão era ser enfermeiro atuando em serviços do SUS e aprovado no processo seletivo.

Contando-se os trabalhadores-alunos e toda a equipe envolvida na implementação nacional, o CEEO envolveu cerca de 1.150

Versão Digital - Proibida Impressão

profissionais, todos eles em articulação com o SUS, incluindo os alunos, as equipes das universidades, serviços de saúde e entidades afins, ocupando as funções de professores, coordenadores, tutores, preceptores, estagiários-monitores ou correlatos. Foram cerca de 300 serviços funcionando como campos de estágio e hospitais de origem dos trabalhadores-alunos.

A tabela seguinte apresenta a distribuição das IES e rede envolvida.

Tabela 1. Distribuição das IES e rede envolvida

UF	Coordenação geral e IES	Quantitativo		
		Trabalhadores-alunos	Equipe de condução e atores envolvidos	Serviços de saúde
BRASIL		**277**	**882**	**277**
SUDESTE		**51**	**138**	**43**
MG	UFMG (Coordenação Geral)	19	89	15
MG	UFU	08	05	06
MG	UFVJM	12	12	14
ES	UFES	12	32	09
NORTE		**56**	**161**	**63**
RO	UNIR	08	08	08
RR	UFRR	09	19	08
AM	UFAM	14	53	19
TO	UFT	13	35	09
PA	UFPA	12	46	19
NORDESTE		**148**	**479**	**141**
PE	UFPE	18	14	24
AL	UFAL-AL	08	33	10
AL	UFAL-M	15	87	13
PB	UFPB	14	95	16
MA	UFMA	13	44	10
RN	UFRN	21	141	26
SE	UFSE	12	16	10
CE	UFCE	26	24	22
PI	UFPI	21	25	10
CENTRO-OESTE		**10**	**52**	**09**
DF	UnB	10	52	09
SUL		**12**	**52**	**21**
PR	UFPR	12	44	21

Fonte: Relatório de desenvolvimento do curso. EEUFMG, 2018.

Versão Digital - Proibida Impressão

DOS OBJETIVOS AMPLIADOS DO CURSO E DA PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

O curso está inscrito em uma política mais ampla do MS de fomentar e sustentar a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento. Ao trazer esse objetivo de contribuir com a mudança de um paradigma, o curso tem o compromisso e desafio de alinhar-se às demais iniciativas do MS. Nessa direção, toma como base os princípios da Política Nacional de Saúde da Mulher e programas a ela associados, como a Rede Cegonha (RC).

Seguindo esses princípios, os objetivos do curso convergem dois âmbitos indissociados: o de promover a aprendizagem de conhecimentos tecnocientíficos e habilidades para a assistência ao parto e nascimento e o de contribuir para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido no Brasil. Derivando desses objetivos põe-se a tarefa estratégica de formação de profissionais capazes de agir como protagonistas dessas mudanças e na implementação da Rede Cegonha, que propõe interferências na atenção, organização e gestão das práticas e serviços. Nesses rumos, cruzam-se desafios para uma formação que ajude a impactar nos indicadores de saúde materna e neonatal e na reorganização dos serviços, fortalecendo o trabalho em equipe, buscando a inserção de enfermeiros na assistência e a ampliação de redes de ações e de sujeitos comprometidos com a transformação do cenário atual.

Esse horizonte de objetivos foi a base para tecer o horizonte de desafios teórico-políticos do CEEO, assim afirmando a concepção de formação-intervenção como seu referencial estruturante. A perspectiva da formação-intervenção foi consolidada como um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), aí ganhando força institucional no rumo da articulação entre atenção-gestão-formação (Brasil, 2010). Essa institucionalidade foi perspectivada na configuração da PNH como uma política transversal, servindo de base para se espalhar nas políticas ou redes setoriais como o caso da Saúde da Mulher/Rede Cegonha.

Como mostrado nos capítulos 1 e 2/parte 1 deste livro, esse referencial traz a realidade dos serviços como elemento essencial-

mente constituinte do processo formativo e nesse rumo vale ressaltar mais um âmbito de desafio do curso: o de contribuir com o fortalecimento de um dos princípios do SUS, de integração ensino-serviço, princípio que indica que o Sistema Único de Saúde, suas necessidades, deve ser o legítimo ordenador da formação profissional.

Na estruturação do curso partiu-se do princípio de que a tradição de atenção ao parto e nascimento no Brasil, seguindo a lógica hospitalocêntrica e medico-centrada, não será superada apenas por decretos instituindo novas políticas nem com a preparação técnica abstraída da realidade dos serviços. Bons projetos e bons técnicos não bastam para mudar a lógica do cuidado. A formação com ênfase no tecnicismo e a tradição de modelos centralizadores e verticalizados de gestão subsiste e reforça as más práticas de atenção e vice-versa. Daí que a mudança passa necessariamente pelo investimento em movimentos convergindo-se nas direções de *atenção*, *gestão* e *formação*.

É esse pensamento que está na base dos processos de formação-intervenção, entendendo que a esfera concreta do trabalho (seu modo de se organizar) deve ser objeto privilegiado da discussão formativa.

Proposto para envolver todas as instâncias e atores que se mesclam no trabalho, o processo formativo-interventivo institui-se em caráter participativo, inclusivo e transversal no sentido do alargamento de fronteiras. Ao se fazer aberto a uma escuta ampliada (de atores, realidades e necessidades do cuidado), constitui-se, inseparavelmente, como ato compartilhado de planejar, fazer e avaliar.

A avaliação, seguindo os princípios expostos no capítulo 1/parte 1, comparece como *nexo* do processo formativo e com ele promovendo o aumento da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos em suas realidades de vida e trabalho, evidentemente também nos próprios processos de formação. Sintetizando o desafio: curso e potencial de formação e avaliação que aumentem o poder de agir dos sujeitos/coletivos.

Nova Digital Profissional Impress

CAMINHO METODOLÓGICO DE ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO E CARTOGRAFIA DO CURSO COMO MOVIMENTO

A transversalidade (Guattari, 2004) está na base de todos os movimentos que perpassam o curso. Opera-se pela ampliação de horizontes de objetivos, de sujeitos e instâncias envolvidas, de implementação por meio de redes relacionais e na articulação dos campos metodológicos do planejamento-desenvolvimento-avaliação. Trata-se de uma experiência onde a construção do curso deu-se junto ao seu *acompanhamento avaliativo*, isto é, numa simultânea construção dos processos *formativo* e *avaliativo*, servindo-se mutuamente.

Como já mencionado, o referencial metodológico para esses processos (*formação-intervenção e avaliação*) está contemplado no capítulo 1/parte 1, sendo a base para as compreensões que se fizerem necessárias na leitura daqui por diante. De modo abreviado registram-se aqui os pilares estruturantes do *acompanhamento avaliativo*, passando por conceitos que articulam a concepção de *trabalho* como *atividade* e *produção/relação de serviço* (Schwartz; Durrive, 2007; Clot, 2010; Zarifian, 2001a, 2001b); a *formação* voltada para *transformação das situações de trabalho*, daí enfocando a concepção de formação-intervenção indicada pela PNH (Heckert; Neves, 2007; Brasil, 2010), e com destaque ao conceito de *intervenção* como ações/movimentos que alteram as práticas instituídas (Lourau, 1995); e trazendo princípios avaliativos afinados a isso, pondo em relevo o compromisso com a transformação das realidades. Segue-se assim os referenciais de avaliações de caráter participativo, formativo e emancipatório (Guba; Lincoln, 2011), lidando com elementos pressupostos em análises de implementação de políticas de saúde (Hartz; Silva, 2005) e passando por diagnósticos situacionais com elementos da análise institucional, especialmente pelo interesse na produção de analisadores sociais, conforme o conceito de Lourau (1980). Assim a avaliação vem compreendida como indissociável do processo de formar, inserida como *nexo* de todos os elementos do contexto formativo, produtora de *analisadores* da reali-

dade e subsidiária de *ajustes e regulagens* nos percursos da formação e do trabalho (Santos Filho, 2010, 2014). Nesse modo, efetiva-se no rumo de pesquisa avaliativa-interventiva.

E por que a ideia de *curso como movimento*? Pelo *modo* de se implementar e ir desdobrando-se em produções de subjetivações[1] (Baremblitt, 2011) num amplo espectro de sentidos e direções – dando-se como mobilização de pessoas, de ações e práticas junto aos serviços e escolas, de instâncias dos setores da saúde, educação, entidades de classe, órgãos do ministério público, organizações sociais e de mulheres, enfim, de projetos e de intervenções. O método da cartografia (Passos; Kastrup; Escóssia, 2010) compõe essencialmente com a perspectiva de movimento e aqui se articula especialmente na mirada avaliativa. Efetiva-se como *acompanhamento avaliativo* e cujo caráter transversal se concretiza pelas aberturas e conexões que promove entre os vários elementos da paisagem viva – acompanhar avaliativamente esse movimento é ir conectando olhares, sujeitos, ações, dados, informações, técnicas avaliativas, saberes, indicadores e analisadores, ampliando seus valores de uso. Por isso tratando-se de avaliação como *nexo* desses elementos, dos processos ou movimentos, como propomos nessas intervenções (Santos Filho, 2010).

MARCO LÓGICO: ARTICULANDO HORIZONTES DO CURSO E DA AVALIAÇÃO

Neste processo formativo-avaliativo a perspectiva do marco lógico (Hartz; Silva, 2005), como desenho articulador dos elementos constituintes do projeto e dimensões analíticas, partiu dos horizontes desejados para o curso, demarcando-se o seu âmbito de finalidades em um sentido ampliado, compatibilizando-se com os objetivos mencionados anteriormente. Para isso, tomou-se como base o conceito de ampliação da clínica (Campos, 2006), alargando-se o

[1] Subjetivações aqui na acepção da análise institucional, referindo-se à produção de tudo que interfere na ordem/organização instituída, como produção de coisas, de pensamentos, de ideias, de novos modos de se estar e de agir, etc.

Nova Digital | Proibida Impressão

horizonte do curso, de uma abordagem *reduzida* para uma *ampliada*, como esboçado na tabela seguinte (tabela 2).

Tabela 2. Ampliação dos horizontes do curso na perspectiva da formação-intervenção para mudança de modelo de cuidado ao parto

Eixos de concepção e estruturação do curso	Focos	
	Reduzido (*)	**Ampliado (*)**
Objeto	Curso/Formadores centram-se na lacuna de conhecimento tecnoprático e de competências profissionais	Estendem-se para as lacunas na (baixa) capacidade de análise-intervenção no contexto do trabalho (e desafios em torno do trabalho em equipe multiprofissional, modelos de atenção e de gestão)
Objetivo (pedagógico)	Qualificar para cobrir as lacunas de conhecimento tecnoprático e de competências profissionais	E aumentar a capacidade de análise-intervenção na organização e gestão do trabalho Ampliar o grau de protagonismo e de (co) produção de autonomia
Objetivo institucional dos projetos	Aumentar o número de profissionais e aprimorar a técnica e habilidades	E ampliar a *rede* de sujeitos com maior capacidade de intervir para mudar modelo (modos de cuidar e de organizar-gerir o trabalho)
Focos do ensino-aprendizagem	Temas relacionados às políticas de saúde das Mulheres, Conhecimentos tecnopráticos, Procedimentos	Ampliam-se com análises coletivas do trabalho, diagnósticos situacionais dos serviços e planos de ação (abordando-se fatores analisadores dos contextos e ferramentas de análise-intervenção) Ampliam-se com atividades que põem em interlocução as práticas de *cuidado, gestão e formação*
Dimensões avaliativas	Com base no cumprimento de requisitos normativos e ganho de conhecimentos tecnopráticos relacionados às competências profissionais (medições-padrão)	Ampliam-se para abordagem transversal-multidimensional (ver Figura 1)

Fonte: Santos Filho, 2010, 2014(Adaptados).
(*) Ao se perspectivar o foco ampliado, ele traz em si o que está contemplado no foco reduzido, isto é, no sentido de ampliação e não de negação ou exclusão.

Assim configurado, demarca-se um cenário a funcionar co-mo norteador do planejamento e implementação do curso e, em seu rastro, o desenho avaliativo propriamente, como se vê no item seguinte.

Nova Digital - Proibida Impressão

Esse referencial demarcado como *ampliado* é desdobrado ao longo de todo esse texto, por meio de articulações de conceitos, eixos avaliativos e as situações que os ilustram como processos e efeitos.

DESENHO ARTICULANDO AS DIMENSÕES AVALIATIVAS

A figura 1 articula três grandes objetos ou dimensões de análise na linha da transversalidade e indissociabilidade entre os processos e efeitos do curso. Nesse alinhamento configura-se assim um processo avaliativo *transdimensional*, indicando pistas a serem seguidas e construídas.

O objeto/dimensão 1 refere-se à *organização do curso e suas estratégias pedagógico-metodológicas*, assumindo-se que o campo de saberes/conteúdos é indissociado do método ou modo de organizar e conduzir a formação. E que esse conjunto deve ser avaliado à luz de sua pertinência e de regulagem/ajustamento à finalidade de ajudar a formar para transformar a realidade.

O objeto/dimensão 2 considera os *sujeitos/equipes (alunos) no contexto da formação e do processo de trabalho*, devendo ser avaliados quanto ao que se apropriam a partir das ofertas e da dinâmica do curso, no cruzamento com sua realidade concreta de trabalho (que também é um cenário de ofertas, em permanente tensionamento). E aqui se deve observar a capacidade do curso (no cruzamento com o trabalho) de interferir nas capacidades e subjetividades dos profissionais que são expostos a ele.

O objeto/dimensão 3 põe em análise as *repercussões da formação para a dinâmica dos serviços e suas práticas de atenção e gestão*, neste caso tendo no horizonte as mudanças geradas para os usuários.

Essas três dimensões estão correlacionadas à ideia da produção de subjetivações mencionada anteriormente e são tomadas como guia da análise aqui realizada.

Nova Digital Prohibida Impressão

Objeto/Dimensão de análise I	**Objeto/Dimensão de análise II**	**Objeto/Dimensão de análise III**
O curso e sua dinâmica: estrutura, conteúdos e estratégias político-pedagógico-metodológicas ↔	**Os sujeitos-equipes e sua dinâmica:** os sujeitos no contexto do processo de trabalho e da formação (e as relações aí estabelecidas) ↔	**O serviço e sua dinâmica:** as repercussões da formação para a dinâmica dos serviços e suas práticas de gestão, cuidado e formação
Dimensões/Focos de análise: processos e efeitos		
Abrange o acompanhamento-investigação do planejamento e ajustes ou regulações em seu próprio desenho e implementação; diz da organização, arranjos, articulação das práticas pedagógicas, recursos (Aspectos que informam sobre a capacidade do projeto de funcionar como *intervenção*)	Aspectos que informam sobre as habilidades técnicas e sobre a inserção-inclusão dos trabalhadores nos processos de trabalho e de formação e a produção de intersubjetividade (considerando as *modalidades de trabalho induzidas pelos serviços e pelos cursos);* também a articulação/produção de práticas de integração (trabalho-formação) Autonomia, Protagonismo (como sujeitos, equipes) ↔ Pode-se ilustrar com os seguintes focos de avaliação: • Oportunidade de articulação de saberes, do conhecimento prático, dos objetos, dos processos, práticas e relações de trabalho (em equipe) • Articulação/produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais • Articulação/produção de estratégias de renovação de sua atuação, do funcionamento como equipe, na relação entre pares e com a hierarquia de gestão • Articulação de interesses para construção/invenção de projetos comuns e construção de redes	Repercussões nos processos de trabalho e tipos de práticas de atenção, gestão e formação incorporados na dinâmica dos serviços e na relação com os usuários

Figura 1. Acompanhamento avaliativo transversal de processos de formação-intervenção: objetos/dimensões e focos de análise.
Fonte: Santos Filho, 2010, 2014 (Adaptados).

Versão Digital e Provisória Impressa

ARTICULAÇÃO DO PROCESSO AVALIATIVO NA MOVIMENTAÇÃO NACIONAL DO CURSO

Em seu caráter multicêntrico, o curso desenvolveu-se nos diferentes territórios, seguindo-se diretrizes gerais de implementação e com as singularidades próprias a cada realidade.

O processo aqui sistematizado tem como foco o curso em seu desenvolvimento global, portanto abrangendo os 20 cursos implementados pelas 20 IES, e tomando como base as diretrizes gerais. Para isso usou-se na análise todo o *arranjo de estruturação e implementação* que, reafirmando, neste curso configurou-se como *espaços indissociados de formação-avaliação*. Esses espaços são a base desta narrativa avaliativa.

Para melhor compreensão da ideia de *espaços articulados*, esclarecemos: o desenho do curso deixa ver o modo indissociado em que se articularam *planejamento-desenvolvimento-monitoramento e avaliação* (proposto como lógica de PMA) e sua perspectiva de ajudar a engrenar o *arranjo de coletivos e de movimentos* para fazer o curso funcionar. Como se tratou de um projeto multicêntrico, de ampla abrangência, utilizou-se a estratégia de *coletivos em fluxos de interação*, onde tanto a formação quanto a avaliação se desenvolveriam de modo contínuo e incluindo todos os atores envolvidos. Três grandes coletivos foram estruturados e no desafio de funcionarem como espaços de mútuas intervenções: um coletivo coordenador geral (com coordenação central, tutores e pesquisadores-apoiadores metodológicos), na função de formulações iniciais de projetos, ações, estratégias, etc., a serem colocadas como *ofertas;* um coletivo ampliado (incluindo os coordenadores das 20 IES envolvidas), em interlocução nas (re)formulações, ajustamentos, alinhamentos e pactuações das ofertas e planos operacionais (incluindo os avaliativos); um coletivo incluindo o núcleo local de cada curso (coordenador, professores, tutores, colaboradores e alunos), nos atos de experimentação/reconstrução/ajustamentos das ofertas/processos às realidades singulares e assim constituídos como sujeitos protagonistas nos aprendizados. Todos os espaços, portanto, compreendidos como formativos, abertos à (re)construção e pactuação coletiva dos referenciais, práticas pedagó-

gicas e estratégias avaliativas. Eles estão mais detalhados adiante e compõem o desafio de operar com a *transversalidade na prática*, com o alinhamento do sentido e rumos formativo-interventivo-avaliativos. No desenho, vale ressaltar o desafio especial da disposição das próprias instituições de ensino e professores para formarem-se simultaneamente aos cursos, inclusive na metodologia avaliativa.

A partir de um dos coletivos, a *tutoria* instituiu-se como um dos principais *espaços-dispositivos* de articulação do curso, compondo uma agenda disparadora de todos os processos que se desdobraram. Operou-se por encontros com todos os sujeitos do curso (e atores do entorno), em torno das múltiplas pautas de interesse e assim sendo um dos espaços privilegiados na perspectiva dos valores e eixos metodológicos do acompanhamento. Foram espaços de participação, inclusão, escuta ampliada, perpassada por análises coletivas do trabalho, procedendo-se a decisões, validações, fazendo ofertamentos, produzindo analisadores das situações, agregando vários tipos de memórias e instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Não é demais salientar que essa *agenda e função tutoria* transversalizou-se em todo o curso, já que foi conectando os diferentes espaços com os diferentes grupos (em agendas presenciais e virtuais ora com IES, professores, preceptores, alunos e com todo o entorno em cada território, ora com a Coordenação geral do curso, ora com as demais tutoras, etc.).

As tutorias (considerando grupos de tutores em agendas com cada curso/IES) funcionaram agregando a função avaliativa em todo o seu percurso e também sendo *fonte de informação* para a ampliação das avaliações de todo o movimento.

Além da tutoria (espalhada ao longo dos territórios e perpassando o curso), os outros momentos privilegiados de avaliações foram os espaços de encontros nacionais em reuniões e oficinas. Três grandes reuniões foram especialmente organizadas como oficinas metodológicas de formação-intervenção-avaliação, no início, meio e ao final do curso. A primeira, alinhando e pactuando referenciais teórico-políticos com todas as IES, avaliando-se situações atuais (pontos de partida, perspectivas, necessidades e caminhos). A do meio,

continuando alinhamentos e abrindo análises com um público maior; e a última, com cerca de 200 pessoas, garantindo a perspectiva da inclusão ampliada, envolveu toda a equipe de coordenação e tutoria, representantes de todas as IES, professores, preceptores, alunos e convidados. Foi conduzida com momentos de apresentação de instrumento avaliativo-síntese, resultantes de avaliações realizadas previamente em cada curso/IES, com dados estruturados e abertos, desdobrando-se como uma grande roda de conversa avaliativa (garantindo-se, pelo paradigma ético-político-metodológico, *inclusão dos vários pontos de vista*), permeada por destaques de analisadores e intervenções estratégicas acerca do fortalecimento conceitual e subsidiando a continuidade e (re)direcionamentos de movimentos e ações nos campos onde se desenvolviam os cursos. Esse *encontro* teve duração de cerca de 8 horas, operado como uma cartografia e buscando olhar as cartografias que se operaram em cada experiência (em cada curso em sua IES).

Uma das técnicas usadas no encontro foi ofertar um cardápio de trechos de referência bibliográfica selecionada, com diretrizes conceituais da formação-intervenção-avaliação, solicitando-se que cada um escolhesse um trecho para comentar, em análise comparativa com a realidade que estava vivendo. Nesse momento surgiram vários exemplos ilustrando os efeitos do curso em diferentes âmbitos de subjetivações, deixando perceber as afetações produzidas e o aumento das capacidades de análise nas correlações feitas com suas realidades.

Importante destacar que as tutoras foram as principais protagonistas da preparação da oficina e seu arranjo metodológico, o que ilustra a capacidade do curso na produção de apropriação coletiva do referencial avaliativo, estimulando que todos se constituam como pesquisadores de seu próprio trabalho, uma das premissas da avaliação que propomos – algo como se indica na PNH como *comunidade ampliada de pesquisa* (Brasil, 2009).

Vários outros espaços e momentos da agenda do curso estão na base desse processo avaliativo, desde as reuniões de despachos ordinários até as de formação ampliada e supervisão no referencial teórico, incluindo a presença de estagiários e às vezes de serviços

de referência com histórica parceria em projetos afins. Esses espaços sempre eram mediados pelos conceitos-guia, conversas e instrumentos que circulavam nos territórios, assim cuidando-se com a devida concatenação de pautas.

Outra fonte de acompanhamento dos movimentos foi a veiculação ininterrupta de fatos-eventos-notícias, refletindo processos-efeitos, espalhando-se em formas de comunicação em rede, informando-comunicando-fazendo dialogar situações vividas nos diversos locais.

Os autores desse texto estiveram em inserção transversal na condição de coordenação geral e de referência na condução avaliativa.

Com essa dinâmica o *acompanhamento avaliativo* operou-se como *nexo* de toda a experiência e resultando na narrativa analítica tecida neste estudo.

FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS MOVIMENTOS-EFEITOS-PROCESSOS

Partindo das dimensões articuladas na figura 1, os *movimentos-efeitos-processos* no entorno do curso estão apresentados por meio de blocos narrativos que se complementam e se desdobram. Assim, cada *dimensão* é apresentada com os *blocos* organizados com os seguintes enunciados: (i) *abrindo conversas avaliativas e produzindo analisadores;* (ii) *destacando alguns rumos de potências e desafios e* (iii) *destacando percepções do coletivo.*

No **primeiro bloco** de cada dimensão apresentamos dois quadros interligados. São eles: quadros A1 e B1 (na dimensão 1), quadros A2 e B2 (na dimensão 2) e A3 e B3 (dimensão 3).

Os **quadros A** trazem uma síntese com as percepções dos coletivos locais em avaliações realizadas pelas coordenações em cada IES, a partir de um instrumento com questões estruturadas e abertas (para comentários). Esses quadros (em todas as dimensões) contemplam as questões estruturadas e mostram percentuais simples, lembrando que a utilização do instrumento não se deu no sentido de análise quantitativa (nem se tendo amostra para isso), mas como estratégia de abertura de rodas de conversa avaliativas (disparadores de conversas direcio-

nadas e produção de analisadores). Servem, portanto, para triangular com o detalhamento das análises que se seguem a tais quadros, fazendo emergir indicativos dos avanços, lacunas e desafios.

O outro objetivo de apresentação desses quadros é ilustrar o modo como foram estruturadas questões iniciais para refletir as dimensões.

Os 100% das respostas correspondem às respostas das coordenadoras das IES (a partir dos levantamentos feitos por elas com suas equipes). O enquadramento obedece às seguintes categorias: (1) situação inexistente, devendo ser implementada; (2) muito incipiente, exigindo muito esforço para aprimorar; (3) regular, exigindo pouco esforço para aprimorar; (4) satisfatório, não necessitando incluir como prioridade para aprimorar.

Os **quadros B** reúnem informações descritivas procedentes das respostas abertas e complementares às questões estruturadas (dos quadros A). Estão sintetizados em *eixos* que se abrem em duas colunas: uma de *avanços* e outra de *lacunas*. É o registro de importantes elementos indicativos das potencialidades que se efetivaram e das lacunas a superar, postas como desafios. Em resumo, trazem eixos construídos a partir dos instrumentos semiestruturados (registros abertos desdobrando-se dos itens fechados) e das manifestações em rodas de conversa avaliativas.

As duas colunas (de avanços e de lacunas) estão justapostas para estarem em diálogo, isto é, demonstrando-se que no contexto de avanços também há muitas lacunas, não devendo-se ater portanto a uma comparação simplificada de pontos positivos e negativos, mas sendo pistas para rumar nos desafios que derivam desses pontos: desafios de potencializar o que funcionou nos sentidos exitosos, tomando-os como base para outras experiências e ampliando investimentos nesses rumos, e desafio de inventar modos de enfrentamento das lacunas.

A listagem de questões utilizadas nos instrumentos avaliativos e agrupamento detalhado das percepções trazidas não cumpre apenas a função de demonstrar os efeitos produzidos, mas principalmente a função de se colocarem tais questões como pistas para compor e orientar abordagens avaliativas em outras experiências, assim buscando-se apri-

morar não só a eficácia dos cursos, mas também o arsenal avaliativo capaz de refletir seus amplos processos e efeitos. Vale lembrar o alerta de se evitar o risco habitual de avaliações que reduzem seus focos a variáveis e indicadores tradicionais (re)conhecidos, mas às vezes insuficientes ou inúteis para as finalidades esperadas (Santos Filho, 2007).

Em outros termos: como se trata de um rumo formativo-interventivo de avaliação, os destaques de aspectos facilitadores e dificultadores não são analisados a partir da frequência ou volume com que aparecem. São importantes como *analisadores*, tendo servido de base para ajustes no percurso (em cada realidade) e agora, *a posteriori*, servindo para outras experiências. Nesse caso, a proposta é buscar potencializar o uso dos aspectos que já foram facilitadores e alertas sobre o que dificultam. Subsidiam caminhos de interferências no que está instituído, alinhando-se o processo avaliativo no rumo de pesquisa-intervenção.

O **segundo bloco** de cada dimensão continua com o desdobramento analítico, em diálogo com referenciais teórico-metodológicos.

E o **terceiro bloco** também segue nos desdobramentos, articulando depoimentos produzidos na roda de conversa ampliada na última oficina nacional.

Vale dizer que a ótica dos *desdobramentos* aqui mencionados funciona no sentido de ampliação e complementos avaliativos, e também no sentido validativo. E tudo isso a se colocar em diálogo com as partes finais deste texto, onde se registra uma pesquisa realizada após 1,5 ano de finalização dos cursos.

DIMENSÕES DE ANÁLISE, PROCESSOS E EFEITOS INDISSOCIADOS

DIMENSÃO 1 – O CURSO E SUA DINÂMICA: ARRANJOS ORGANIZATIVOS E ESTRATÉGIAS POLITICO-PEDAGOGICO-METODOLÓGICAS

Nessa primeira dimensão, antes de se entrar com os blocos mencionados, é necessário apresentar o arranjo proposto para o curso, que servirá de base para a análise trazida em seguida.

Prova Digital Proibida Impress

A avaliação nesta dimensão parte do próprio modo de estruturação do curso, isto é, com olhar avaliativo no seu planejamento, seu *prescrito*. Como já apresentado, a proposta do arranjo organizativo contemplava (i) um conjunto de coletivos/grupos envolvidos na condução, (ii) funcionando como uma rede de interações, (iii) por meio de interlocuções em agendas presenciais e virtuais programadas e ajustadas no percurso. Por meio desse desenho deviam ser operadas todas as *funções* esperadas para o curso, isto é, fazê-lo funcionar cumprindo com suas finalidades ampliadas. Um dos desafios desse arranjo era a constituição da equipe de condução com os grupos instituindo-se como coletivos lateralizados, fora de uma hierarquia de verticalidade e todos envolvidos nos atos de planejar-conduzir-avaliar, além de se entenderem também em um processo formativo ampliado. Isso se colocava como desafio pela oportunidade de apropriação e atualização compartilhadas de vários âmbitos de saberes, conhecimentos teóricos e vindos da experiência, instrumentos e metodologias agregadas aos referenciais da formação-intervenção-avaliação. Nessa perspectiva não somente o coletivo de trabalhadores-alunos do curso estaria em formação, mas todos num processo formativo, tentando-se superar a habitual prática educativa unidirecional, reduzida à ideia de especialistas para formar outros especialistas.

Nesse rumo foram estruturados os três grandes coletivos mencionados anteriormente, aqui desdobrados em subconjuntos que melhor explicitam suas agendas e funcionalidades, estando em conexões diretas na implementação do curso:

- Coordenação geral (equipe da UFMG).
- Coletivo de condução (envolvendo a coordenação geral e tutoras das IES).
- Coletivo ampliado de condução (envolvendo a coordenação geral, tutoras e coordenadores de cada IES).
- Coletivo envolvendo os tutores e coordenadores em cada IES.
- Coletivo envolvendo os tutores, coordenadores de IES e sua equipe local (professores, preceptores e outros).
- Coletivos envolvendo os tutores, coordenadores de IES, sua equipe local (professores, preceptores e outros) e trabalhadores-alunos.

Nova Digital Prof. da Impress

- Coletivos de coordenadores de IES e seus professores/preceptores.
- Coletivos de trabalhadores-alunos, professores e preceptores em suas agendas de aulas e atividades de campo.

Todos os coletivos agregam a função de *matriciamento* e incluem o apoio de assessores metodológicos de forma direta ou indireta. E em termos de interlocuções com os entornos, todos os espaços se ampliaram, nos momentos oportunos, com diferentes atores com os quais se expandiram as redes.

Nesses modos, todos esses espaços de *encontro* são para ser de formação-intervenção, no desafio de operar com a *transversalidade na prática*. Sua operacionalização passa pelas seguintes funções e desdobramentos:

- Os coletivos da coordenação geral e tutoras, incluindo assessoria metodológica, comparecem inicialmente, na relação com as IES e demais coletivos, como espaços de pactuação do curso e trazendo *ofertas* de seus eixos referenciais. Assim estruturam-se os contratos iniciais de relações de trabalho como apoio e acompanhamento avaliativo.
- As construções nesses espaços devem ser colocadas como ofertas para desdobramentos de discussões em cascata, com alinhamentos e ampliação da construção coletiva dos processos de desenvolvimento e avaliativos – aqui serão enfatizados especialmente os rumos dos instrumentos diagnósticos e projetos de intervenção (retomados adiante) e das estratégias avaliativas.
- As construções produzidas nesses espaços (e em apropriação processual pelo conjunto de atores envolvidos) passam a ser adotadas como estratégias agregadas às atividades com os trabalhadores-alunos. O uso dessas estratégias em campo funciona também como oportunidade de experimentação/reconstrução/ajustes dos eixos em uma construção ampliada com todos os participantes do curso. No caso da avaliação, garantindo-se que

os trabalhadores em formação-intervenção não sejam apenas alvos de aplicação de instrumentos avaliativos simplificados, mas tendo participação ativa na avaliação, cuja dinâmica (e resultados) funcionem como subsídios concretos, e no próprio percurso, para correções e ajustes de rumos.

Ao se garantir espaços/oportunidades de desenvolvimento compartilhado e de análises desses processos, garante-se o compartilhamento de experiências, de aprendizagem, de lacunas observadas na implementação dos processos, de produção e aquisição de (novas) competências/habilidades inclusive no campo da avaliação e da gestão, e produzindo-se efeitos em vários âmbitos e nos vários sujeitos. Importante lembrar o aprendizado esperado para os próprios coordenadores, professores e preceptores nesses âmbitos de processos (de análises coletivas, de instrumentos gerenciais, diagnósticos, avaliativos, de planejamento e projetos de intervenção) que estão no entorno das práticas assistenciais, que são os objetos de maior domínio desses profissionais.

Entre o proposto e o real: avanços, lacunas e desafios na dinâmica do curso

Seguindo a concepção de *trabalho* como o que se opera *entre a norma e a renormatização* (Schwartz, 2000, 2011), a *avaliação* comparece nesse *entre*, indicando pistas do que se está operando efetivamente, do que se está ajustando e do que se pode ajustar. Nesse sentido tomamos a *norma* como base em um dos âmbitos do acompanhamento avaliativo. Nesse caso, a norma aqui passa pela estrutura organizativa proposta para o curso (com suas proposições de arranjos, recursos estruturantes, agendas e modos de funcionar), tendo sido um dos focos de análise. Vale dizer que se trata de uma *normatização* que traz em si princípios disruptivos de práticas tradicionais (de organização e avaliação), mas nem por isso *garantidas* em sua perspectiva instituinte. Daí a necessidade de serem postas em análise ao longo de todo o processo.

Nova Digital - Proibida Impressão

É nessa direção que os quadros seguintes (A1 e B1) devem ser vistos, com sinalizações sobre o que se deu conta de se efetivar em sua própria dinâmica (do curso), com indicativos da sua capacidade em se regular/ajustar para cumprir com sua finalidade e intenções previstas em seu arranjo.

Abrindo conversas avaliativas e produzindo analisadores

O quadro A1 resume as subdimensões com as questões estruturadas da dimensão 1.

Quadro A1. Subdimensões e itens avaliativos na dimensão 1

Subdimensão	Respostas em %(*)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Organização/arranjos do curso				
Articulação de rede: arranjos de cursos e processos formativos possibilitando interações com diferentes instâncias/serviços, entidades de classe e outros setores (COREN, ABENFO)		20	40	40
Articulação com o curso de Aprimoramento		30	30	40
Trabalho em coletivo: corresponsabilização dos envolvidos no curso (coordenadores, tutores, especializandos, docentes, preceptores, serviços)		10	40	50
Seminários e encontros transversais com especializandos para discussão de temas de interesse	10	20	30	40
Articulação das práticas pedagógicas				
Construção de planos de ensino, considerando as realidades e demandas locorregionais			50	50
Oficinas para alinhamento teórico-metodológico do curso (participação de coordenadores, especializandos, docentes, preceptores etc.)			70	30
Articulação de orientação (orientadores) dos especializandos conforme referencial dos projetos de intervenção		10	50	40
Recursos utilizados				
Produção e uso de instrumentos avaliativos para o curso	20	10	50	20
Caderno das especializandas: utilização do *Ciclo de Reflexão*	10	30	40	20
Diagnóstico situacional (recurso pedagógico para formação e avaliação e para o serviço)			50	50
Acompanhamento avaliativo de projetos de intervenção (metodologia, uso dos critérios para direcionamento, *feedback* aos especializandos)	10		60	30

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

(*) Codificação das respostas: (1) situação inexistente, devendo ser implementada; (2) muito incipiente, exigindo muito esforço para aprimorar; (3) regular, exigindo pouco esforço para aprimorar; (4) satisfatório, não necessitando incluir como prioridade para aprimorar.

Nova Digital Prototipo de Impressão

As respostas mostram a percepção de que o arranjo e estratégias para o funcionamento do curso aproximaram-se com boa conformidade ao que estava proposto, prevalecendo respostas nos níveis satisfatório e regular, este indicando situações que precisariam de pouco esforço para serem aprimoradas.

Nos desdobramentos de conversa em torno dessas questões emergem importantes elementos indicativos das potencialidades que se efetivaram, dos ajustes e das lacunas a superar. O quadro seguinte traz eixos construídos a partir dos instrumentos semiestruturados e das manifestações nas rodas de conversa avaliativas. Os eixos mantêm relação com as subdimensões e itens do quadro anterior, como seus desdobramentos. A sistematização agrupa avanços e lacunas, que estão autoexplicados nas descrições e retomados no tópico que se segue ao quadro.

Quadro B1. Avanços e lacunas em eixos avaliativos na dimensão 1

Estratégias para articulação e sustentação do trabalho em coletivo	
Avanços	**Lacunas**
Os movimentos do curso para potencialização de sua construção e desenvolvimento como experiência coletiva: • A composição de equipe local (norteada por critérios de interesse): a liberdade de escolha dos docentes, preceptores e orientadores por parte da coordenação; a reconhecida qualificação técnica do corpo docente; o compromisso demonstrado pelo corpo docente na dedicação ao ensino. • O Desenho de inserção dos professores e preceptores, seja contando com profissionais que têm inserções híbridas na universidade e nos serviços e/ou que são do campo de estágio e/ou que atuaram como enfermeiros nesses serviços e/ou que fizeram o curso de Aprimoramento, isso facilitando e potencializando a articulação de preceptoria. • O desenho de funções agregadas na condução do curso, envolvendo: supervisão de preceptores, criação de tutorias locais aos alunos, compartilhando acompanhamento de campo, criação de monitorias de alunos e outras. • A necessidade e oportunidade de ajustar papéis nos casos onde a Escola local tinha escassez de docentes em algumas áreas e havia preceptores com essas expertises, daí passando a assumir ou apoiar a oferta dessas disciplinas.	As limitações do curso para garantia de alguns processos ou para sua potencialização: • Situações de escassez de professores em geral e em áreas específicas para compor a equipe e assim comprometendo algumas atividades tanto pelas limitações na dedicação ao curso quanto pela falta de abordagens de alguns temas. • Atividade de orientação e de preceptoria: grande rotatividade de profissionais que assumiam a preceptoria e as orientações de alunos em alguns locais, seja por escassez de profissionais, sobrecarga ou indisponibilidade para a tarefa. Dificuldades de encontro entre orientadoras e especializandas. • Articulações de tutoria: casos de lacunas de comunicação entre a tutoria e IES; na compatibilização de agendas presenciais em quantidade e em conformidade com momentos que a IES considerava mais produtivo; nas limitações em estar com a equipe local para conhecer o serviço dos alunos e ajudar nas pactuações com gestores.

(*continua*)

Quadro B1. Avanços e lacunas em eixos avaliativos na dimensão 1 (*continuação*)

Estratégias para articulação e sustentação do trabalho em coletivo	
Avanços	**Lacunas**
• O suporte contínuo da coordenação nacional e a boa articulação entre as coordenações e suas equipes. • A inserção de tutoria numa função ampliada de apoio institucional: com participação tranversal na rede do curso, intercomunicação bem pactuada, presença sistemática junto às IES e suas redes locais, inclusive em agendas com os serviços de saúde. • A adoção de meios de comunicação facilitadores de contatos rotineiros, como os grupos de Whats App, inclusive para compartilhamento de experiências e ajuda mútua.	
Movimentos pedagógicos na articulação dos objetos, objetivos e condução do curso	
Avanços	**Lacunas**
Sobre os movimentos demonstrando a ampliação de fronteiras e entrecruzamento de iniciativas coerentes com a proposta do curso: • Valorização da existência de um projeto político-pedagógico com referenciais bem demarcados para o direcionamento do curso. • O compromisso e responsabilidade dos professores e preceptores na condução do Curso, mediante conteúdos bem discutidos e uso de tecnologias e metodologias ativas. • Os planos de ensino sendo discutidos nos colegiados de coordenação e ajustados às necessidades técnica e humanística. • A inserção de oficinas formativas e de alinhamento teórico-metodológico no referencial da formação-intervenção-avaliação. • O ajustamento da grade formativa, com flexibilização dos conteúdos para se adequar à realidade local. • A ampliação de ofertas de atividades formativas, como seminários em temas afins e pautas de relevância atual como violência de gênero e práticas integrativas, além de articulação com eventos institucionais em saúde da mulher, enfermagem obstétrica e neonatal, ampliando os horizontes da formação. • Incorporação de colaboradores para assessoria teórico-metodológica à equipe de condução.	Lacunas indicando dificuldades na capacidade de regulações e ajustes em percurso: • Dificuldade de profissionais com experiência no uso de metodologias pedagógicas ampliadas/ativas e lacunas no aprofundamento dessas metodologias. • Dificuldade de organização e garantia de agendas da equipe de condução (docentes, preceptoras, orientadores e especializandas) para alinhamentos teórico-metodológicos. • Em algumas situações os modelos dos planos de ensino foram ofertados muito próximo ao início do curso, sem tempo hábil para a sua construção mais ajustada às realidades e demandas locorregionais. • Em alguns locais dificuldade de agenda dos módulos para articular teoria e prática e também de ajustamentos das cargas indicadas para essas atividades. • Lacunas quanto a ofertas temáticas de interesse e que não se efetivaram.

(*continua*)

Versão Digital Reprodução Impressa

Quadro B1. Avanços e lacunas em eixos avaliativos na dimensão 1 (*continuação*)

Instrumentos articuladores de avaliação, diagnósticos e projetos de intervenções	
Avanços	**Lacunas**
O instrumental compreendido como de planejamento, monitoramento e avaliação (PMA) foi incorporado nas perspectivas que o curso propunha para ajudar a mediar a formação e intervenções: • A oferta de estratégias e instrumentos diagnóstico-avaliativo-interventivos, com a perspectiva de uso transversal e de ajustamentos às realidades locais (incentivo a novos tipos de avaliação, elaboração e implementação de instrumentos avaliativos). • A importância da capacitação pedagógica sendo iniciada já em articulação com o instrumento de diagnóstico situacional da realidade dos serviços, como um dos instrumentos-guia propostos para o curso. • A perspectiva de uso do diagnóstico situacional como guia para encaminhar uma abordagem de conhecimento e investigação de problemas e prioridades para direcionar projetos de intervenção. • O reconhecimento da utilidade dos instrumentos avaliativos na formação profissional e intervenções nos serviços: professores observando que contribuíram para fortalecer o aprendizado do especializando a partir das análises diagnósticas e que o diagnóstico situacional proporcionou leitura da realidade do serviço, mostrando as fragilidades e favorecendo a reflexão sobre intervenções; os alunos reconhecendo que a estratégia de avaliações periódicas permitia mudanças durante o próprio desenvolvimento do curso. • Os cadernos de reflexão contribuíram como ferramenta de análise e discussão com preceptores acerca das práticas realizadas. • A agregação de recursos como portfólios, usados também como instrumentos de avaliação e de acompanhamento.	Lacunas percebidas na incorporação do instrumental: • Lacunas no alinhamento de instrumentos e critérios avaliativos entre a equipe de condução, principalmente com os preceptores. • Lacunas de instrumentos específicos para avaliação das atividades práticas em campo. • Diagnósticos situacionais: em alguns casos foi tardia a apresentação e introdução do instrumento de diagnóstico situacional, interferindo nas condições de sua incorporação ao processo. • Cadernos de reflexão: em alguns casos, os cadernos de reflexão dos especializandos foram pouco utilizados, observando-se que a incorporação de questões norteadoras pode otimizar o seu uso. • Projetos de intervenção: dificuldade das especializandas em construir projetos de intervenção, mesmo com apoio da coordenação e equipe. Pouco tempo para implementação de algumas ações articuladas nos projetos de intervenção.
Movimentos de redes com diferentes instâncias e projetos: Escola/Cursos de Graduação e Extensão, Gestão universitária, Curso de Aprimoramento, Residência, Instâncias gestoras do SUS, Serviços/hospitais, Entidades de classe: COREN, ABEN, ABENFO	
Avanços	**Lacunas**
Um amplo movimento de construção de redes pode ser observado nos fluxos de trabalho estabelecidos com vários atores e instâncias: • Interações do curso com diferentes espaços da Universidade, das Escolas de Enfermagem e de outros cursos, seja para ampliar e fortalecer pactuações institucionais seja para parcerias na condução de atividades. Em alguns casos houve por exemplo a colaboração de professores de disciplinas de gerenciamento e de práticas pedagógicas, fazendo aproximações positivas com a área de saúde da mulher.	Lacunas importantes em aproximações que são estratégicas para o curso e seus objetivos: • Fragilidade na interlocução entre o Curso de Especialização e os demais cursos presentes no ambiente hospitalar em alguns locais. • Lacunas na articulação com o curso de Aprimoramento.

(*continua*)

Cópia Digital Proibida Impress

Quadro B1. Avanços e lacunas em eixos avaliativos na dimensão 1 (*continuação*)

Instrumentos articuladores de avaliação, diagnósticos e projetos de intervenções	
Avanços	**Lacunas**
• Articulações com os serviços como campos de prática, abrindo ou ampliando parcerias existentes e favorecendo interlocuções entre projetos: as vezes reunindo nos mesmos espaços a graduação, aprimoramento, residência, extensão e pesquisa. • Agendas políticas com as instâncias gestoras locorregionais do SUS (Secretarias de Saúde, Referências da Saúde da Mulher e Criança, Grupos Condutores da Rede Cegonha no Estado, etc.), fortalecendo a institucionalidade do curso nessas esferas. • Estreitamento de interlocuções com o curso de Aprimoramento: uso de critérios para indicações ao curso de Aprimoramento favorecendo pessoas a estarem envolvidas com a Especialização. Pactuações com o Aprimoramento para apoio à formação das especializandas, partindo dos campos de práticas e tendo como mediadores os instrumentos de diagnóstico e análises do trabalho, promovendo-se reflexões conjuntas. A parceria proporcionou o aperfeiçoamento de enfermeiros dos serviços onde as especializandas atuam e aí contribuindo para as atividades práticas da Especialização (favorecimento das ações de formação-intervenção). • Aproximações com a Residência, compartilhando atividades teóricas e práticas nos serviços. • Articulações com as entidades representativas (COREN, ABEN, ABENFO) em diferentes tipos de diálogo: por um lado, em apoios à entrada nos serviços e no reforço de normativas junto aos gestores; por outro, servindo como incentivos para vinculações formais das especializandas às suas entidades. Em alguns casos, promovendo-se eventos em comum ou favorecendo participações mútuas. • Parceria com grupos de doulas e em desenvolvimento de atividades educativas nas comunidades.	• Interação com ABENFO: lacunas em termos de ações que poderiam ser potencializadas; territórios onde a ABENFO ainda está se estruturando e por isso sem condições de articulação mais efetiva; em algumas situações o incentivo à filiação à ABENFO ficou compreendido como num âmbito muito limitado e como uma certa obrigação. • Relação com os serviços de saúde: fragilidade em algumas situações de parceria e na lida com gestores pouco receptivos às propostas vindas com o curso. Além disso, dificuldades em garantir acordos prévios feitos com os serviços sobre os critérios de participação dos trabalhadores e suas liberações programadas.

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Destacando alguns rumos de potências e desafios

O quadro B1 traz um conjunto de sinais indicativos dos movimentos e efeitos do curso em sua própria capacidade de se organizar e se implementar como uma construção coletiva e ajustando-se no percurso. Muitas das situações elencadas como avanços foram situações ajustadas no caminho, indicando a capacidade de regulagens para aproximar-se ao que estava perspectivado.

Cópia Digital Proibida Impress

A função tutoria merece destaque pelo próprio êxito em se inventar como função-dispositivo, sendo reconhecida pelos parceiros em sua atividade de conectores dos principais processos do curso. Por isso mesmo há que se atentar na escuta das lacunas para aumentar a potência desse recurso altamente estratégico (e que foi analisado em especial num dos capítulos deste livro).

Vale ressaltar a capacidade de produção de redes, desde a perspectiva de movimentos de formalização de contratos com os campos de práticas até a ampliação de horizontes de conversas com vários parceiros. Nesse sentido, por meio do curso cumpre-se com uma importante estratégia de capilarização do projeto que está na sua essência, que é a mudança de um modelo. Ampliam-se alianças de caráter interinstitucional e também pela via das interações pelo trabalho vivo, envolvendo uma multiplicidade de atores. Em algumas situações o curso abriu-se à participação das equipes dos serviços nas atividades teóricas, ampliando ao máximo os horizontes de integração e inclusão, um indicador emblemático da capacidade de superar a fronteira entre espaço de formação e de trabalho.

Obviamente esses movimentos não ocorreram numa direção uniforme ou linear. A compreensão de rede, à luz da transversalidade, que entendemos como encontros potentes é aquela de agenciamentos de forças em vários fluxos e promovendo inclusões, abertas à composição com os diferentes, equilibrando-se com divergências, com as assimetrias de poderes e com as limitações próprias a cada agente ou situação. Nesse tipo de enredamento os próprios professores, preceptores e trabalhadores-alunos são atores que comparecem com suas potencialidades e também fragilidades, entre elas as dificuldades de composição de agendas, a (in)disponibilidade de alguns alunos e outros atores no seguimento de compromissos assumidos ao pactuarem com o curso. As posições refratárias de alguns serviços/gestores também comparecem como importante tensão nos fluxos da rede.

O contexto macropolítico, que permeia e extrapola esses aspectos de rede, muito interfere nas potencialidades do curso no rumo da mudança de modelo, observando-se situações locais em que as mudanças de gestores ou posições extremistas de grupos de

interesse deixam vulneráveis muitas articulações que são estruturantes para seu desenvolvimento. Como exemplo, houve caso em que um importante hospital de ensino se negou a ser campo de estágio, sob pressão de sua equipe médica. Situação semelhante foi vivida como perseguições de gestores a trabalhadores-alunos que propuseram intervenções no serviço. Isso se agrava ainda mais quando os profissionais não têm vínculos empregatícios estáveis.

Um alerta especial no rastro dos movimentos de rede é a necessidade de incrementos para sustentabilidade dos processos, inventando-se estratégias de acompanhamento dos egressos do curso, cuidando em tê-los como protagonistas na ampliação dos movimentos.

De qualquer modo, reafirma-se o horizonte em que se percebe a potência do curso na expansão de redes em múltiplos sentidos: redes de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de gerir e de cuidar, redes por (almejar) articular o trabalho em equipe e interequipes, interconectar saberes, ações, serviços, estes e as universidades (em novos modos de integração ensino-serviço) e também conexão com as entidades do entorno, como organizações civis e associações profissionais (como movimentos *para fora*).

Vale ressaltar que ainda no momento de gestação desses cursos, a movimentação de rede emergiu com intensa força. Para dar conta da empreitada grandiosa em termos da extensão e volume de trabalho, inicialmente houve um movimento livre, sem nenhuma fronteira limitadora, de *busca-encontro* de sujeitos que pudessem se aproximar a partir de suas (diferentes) experiências e principalmente a partir da disposição para afetar-se com a proposta. Foi assim que se encontraram professoras de diferentes formações e inserções no mundo do trabalho, algumas já aposentadas, configurando a equipe de condução como um coletivo constituído nas *diferenças.* Coletivo que se constituiu como dispositivo de viabilização do curso e como produto dele resultante.

Esse coletivo hoje se alarga com vários outros, espalhados por aí, em expansão rizomática, potentes como dispositivos que acionam movimentos e prontos para serem acionados para novos desafios. Trata-se de efetivo agenciamento de forças instituintes, aumentando o poder de agir coletivo (Foucault, 1979; Deleuze; Guattari, 1995; Clot, 2010).

Nova Digital | Editora Impress

Os planos de ensino aparecem valorizados em sua qualidade e adequação, questão que foi relacionada aos conteúdos-padrão do curso (normativos como exigências da grade) e ao que também se valorizou como alta qualificação dos corpos docentes. Mas também se enfatizou que todos os planos foram ajustados às realidades territoriais. Partindo desses indicativos de êxito quanto a esse componente, por outro lado vale deixar perguntas para melhor explorar a relação dos planos tradicionais de ensino com a formação ampliada proposta para o curso. Nessa direção, é necessário ampliar conversas avaliativas sobre as articulações de conteúdos, saberes, metodologias e ferramentas, inclusive levando em conta as lacunas que foram mencionadas quanto à experiência dos docentes com metodologias pedagógicas não tradicionais e as dificuldades mencionadas em garantir os alinhamentos conceituais de forma mais consistente com toda a equipe envolvida. De qualquer modo, adianta-se que, para além de grade curricular, a principal estratégia da inflexão do curso no sentido da formação-intervenção foi a incorporação de ferramentas de diagnósticos-análises-intervenção, que permitiram trazer efetivamente o *trabalho* ao centro da formação. O instrumental avaliativo e de projetos de intervenção veio nessa direção e foram incorporados como dispositivos transversais. Devem ser reconhecidos no duplo esforço de sua proposição para uso pelos alunos e de apropriação pela equipe de condução, inclusive a tutoria. E também em um duplo desafio de finalidade: a de trazerem o trabalho como matéria primordial da formação e de servirem a uma nova *estratégia avaliativa*, desafio necessário tanto na educação como na saúde. Nesse sentido, como foi manifestado, não foi sem conflitos que se experimentou essa apropriação, inclusive pelas lacunas históricas em termos de cultura avaliativa tanto nos serviços como na prática pedagógica. A centralidade desses dispositivos no curso e os processos e efeitos a eles associados são retomados adiante, devendo-se observar que aparecem efetivamente indissociados nos seguintes âmbitos: como ferramental *diagnóstico-avaliativo-interventivo* e dizendo tanto do *serviço* como dos *trabalhadores-alunos* em seus desempenhos e deslocamentos, isto é, na lógica da *produção de saúde e de sujeitos*.

Destacando percepções do coletivo

Os depoimentos seguintes reforçam e complementam o mapa analítico em construção.

A proposta de se olhar para as duas colunas do quadro B1 em perspectiva de diálogo (e não de polos em oposição) pode ser bem compreendida por alguns depoimentos como um em que uma coordenadora fala das dificuldades iniciais dos docentes e orientadores entenderem o referencial proposto e *"a nova filosofia da intervenção"*, *"o que abordar em cada assunto"* (planos de ensino) e como orientar projetos de intervenção. Em parte, as dificuldades foram superadas com as oficinas de alinhamento metodológico, com o suporte dos materiais didáticos disponibilizados e apoios metodológicos recebidos/compartilhados.

Os bons movimentos de enfrentamento de problemas estenderam-se desde esses aspectos internos ao curso até sua contratação político-operacional com os gestores, como ilustra a situação seguinte sobre os esforços de negociações para garantir o curso: com a mudança de um gestor, o que estava previamente pactuado não foi respeitado e quase se perdeu o único campo de práticas por dificuldades com o núcleo de ensino e pesquisa do hospital, justificando que não se podia ter residência e especialização ao mesmo tempo. Foi então necessária uma repactuação, envolvendo o curso, Universidade e Município, conseguindo-se articular com a Residência, o que passou por um redesenho de atividades, plantões, etc. para equilibrar as vagas/presenças dos trabalhadores-alunos. Importante a fala de uma outra coordenadora que vivenciou situação semelhante, alertando sobre o esforço despendido nesses processos. Assim ela enfatizou: *"essa negociação, gente, não é assim, foi lá, conversou e pronto. Em nosso caso por exemplo o processo de negociação levou 2 meses até tramitar tudo"*.

A articulação do instrumental avaliativo na formação-intervenção contribuiu para despertar a reflexão sobre a organização do curso e sobre a própria concepção de avaliação, como percebe a coordenadora que se atentou para uma análise melhor embasada. Ao

explicar os marcadores que utilizou na avaliação dos itens indicados, comenta sobre o olhar mais criterioso e pensando na utilidade efetiva do diagnóstico de sua situação (do curso). Isso subsidiou um olhar *"mais rigoroso"* sobre a situação atual, tendo em perspectiva a situação que *"poderia melhorar bastante"* – *"pensamos que estávamos bem, mas não estamos."* Para fazer uma comparação com essa experiência avaliativa ali contextualizada, e explicitando a compreensão de um desafio vivido na prática, a coordenadora lembrou de uma das premissas conceituais tomadas como referência, confirmando, com o autor (Santos Filho, 2010): "muitas vezes as análises restringem-se aos aspectos mais simples ou mais aparentes ou mais convenientes, deixando-se de explorar outros aspectos relevantes de dimensionamento metodológico complexo". E complementa que o contexto avaliativo criado com as oficinas e momentos semelhantes de análise foram *"de grande valia e muita importância para se trabalhar avaliação, formação e intervenção"*.

Na linha do diálogo com as lacunas e desafios enfrentados, cruzamos aqui a fala de outra coordenadora, lembrando que foi *"meio consensual a dificuldade de todos em relação aos processos avaliativos"*, ressaltando que se *"faz muita coisa, avalia informalmente muita coisa"*, mas em um olhar mais empírico e sem *"conseguir sistematizar a avaliação"*.

Ainda nos sentidos positivos da incorporação do referencial avaliativo na prática cotidiana do curso, as especializandas corroboram o valor dessa articulação, dizendo que *"as avaliações periódicas permitiam mudanças durante o desenvolvimento do curso"* e citando exemplos de dificuldades encontradas no trajeto – *"que a gente fazia avaliação, vendo o que podia ser feito com aquilo e buscando solução para o problema, o dificultador, e também para o relacionamento entre o grupo"*.

Ao abrir-se para avaliação contínua e como prática participativa, o curso possibilitou interferências de grande relevância das especializandas na implementação do próprio curso, como por exemplo na situação em que a coordenação teve dificuldade de campo para o pré-natal e elas (especializandas) indicaram suas cidades de

origem como possíveis lugares de estágio, considerando as realidades dos serviços e também suas necessidades. Hoje alguns desses lugares estão formalizados como campos de estágio.

Em uma das experiências a coordenação desdobrou o processo avaliativo em momentos de comparações de *avaliações cegas* (lato senso) da coordenação/professores e das especializandas, verificando-se não somente a concordância geral entre ambas, mas abrindo conversas sobre os pontos de alinhamento. Vale registrar um aparente paradoxo que diz muito do esforço de *regulagens* do curso: casos de coordenadoras sinalizando como pontos dificultadores a interação com os campos de prática e as especializandas ressaltando positivamente a interação no sentido da facilidade do acesso, ou seja, certamente pelo próprio esforço do curso com as negociações para interagir e sanar as dificuldades.

Sobre a utilidade do referencial avaliativo na relação propriamente com a formação em serviço, são também as especializandas que corroboram a sua importância, assim destacando o diagnóstico situacional: *"para nós, acreditamos que realmente foi o instrumento que melhor nos alavancou nesse projeto"*.

O curso também foi capaz de deixar bem demarcada a interface dos campos avaliativo e interventivo, vislumbrando o *instrumento projeto de intervenção* exatamente no meio (no *entre*) desse campo. Os depoimentos de todos, principalmente de coordenadores, professores e especializandas trazem os desafios dessa experimentação, isto é, da aproximação com um novo conceito de intervenção e sua carga ético-política e operacional. Esse tema será retomado na próxima dimensão de análise, mas aqui se ilustra o modo como *o curso passou por isso*, entre a sedução e o sofrimento. De início, uma certa incógnita para a própria equipe de condução, assim também as reações iniciais de serviços e trabalhadores-alunos. Em um depoimento, a coordenadora diz: *"primeiramente, os próprios docentes tiveram uma dificuldade muito grande de entender o que era essa proposta, de aceitar o que era essa intervenção e conseguir se desenterrar daquela proposta de pesquisa típica. Depois a gestão do serviço também não conseguiu entender a proposta, tan-*

to que nós tivemos, no início, de lidar com a exigência que colocaram de passar pelo comitê de ética antes de começar (a intervenção). Então nós tivemos várias discussões até entender, só que quem fez essas discussões com o colegiado gestor foram mais as especializandas e o pessoal mesmo lá do serviço, fazendo essa aproximação ao serviço para explicar, para entender, para articular melhor com a gestão e ter seu apoio, uma vez que tivesse entendido a proposta, isto é, para ter mais apoio da gestão nos projetos de intervenção".

No depoimento pode-se observar o próprio curso movendo-se em direção ao desafio de construir uma compreensão. A fala completa denuncia a lacuna de deixar a discussão mais ao encargo das especializandas – *"nós sentimos que faltou um pouco de articulação do ensino com o serviço em relação a essas discussões"* –, mas também podendo ser visto como o caminho possível naquela situação e tornar-se inclusive uma estratégia a ser potencializada.

De qualquer modo, nesta análise de capacidade do curso em ter pautado esse recurso como dispositivo altamente potente na linha da formação-intervenção, o resultado desse empenho pode ser visto nesta fala: *"no nosso entender, os projetos de intervenção são a grande força deste curso. Como eu ouvi em outras colocações aqui, nos outros cursos de especialização você fazia até alguma coisa, mas os projetos de intervenção nós entendemos que realmente eles fazem com que as nossas especializandas se tornem donas do seu espaço, elas realmente consigam mudar uma realidade".*

Vale registrar que na última parte deste livro estão agrupados resumos de projetos de intervenção, fazendo-se destaques em sua potência como dispositivos nos rumos mencionados.

Para tecer a articulação que compreendeu da interface avaliação e intervenção, uma professora traz o marco conceitual introduzido no curso acerca do projeto de intervenção. Baseando na referência (Santos Filho, 2010), lembra ela que o plano de intervenção é um instrumento no qual devem progredir as análises situacionais realizadas, as ações propostas e todos os movimentos disparados no coletivo que esteve analisando e refletindo em uma realidade; que a operacionalização do acompanhamento deve-se dar com os participan-

tes, sendo importante o cuidado metodológico de se construírem e pactuarem os objetivos do processo de formação, intervenção e avaliação; que entre os critérios da avaliação, deve-se assegurar a transparência, o protagonismo e a corresponsalização com o processo; e que um dos princípios pedagógicos é o de se criar uma cultura avaliativa, superando o que é prática punitiva e fiscalizatória.

A *temática da avaliação* compareceu com intensidade em todo esse processo avaliativo, provavelmente refletindo a oferta *inovada* e também intensa do curso ao afirmar a indissociabilidade da formação-intervenção-avaliação, mas também porque trouxe à tona as reconhecidas limitações na cultura institucional (tanto dos serviços como na área da Educação) nesse campo de saber e prática. Nesse sentido, o curso pode ser considerado uma iniciativa modesta, mas contribuindo em muito para seu enfrentamento.

DIMENSÃO 2 – OS SUJEITOS-EQUIPES E SUA DINÂMICA: OS SUJEITOS NO CONTEXTO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA FORMAÇÃO (E AS RELAÇÕES AÍ ESTABELECIDAS)

A avaliação nesta dimensão considera aspectos que informam sobre os conhecimentos e habilidades técnico-práticas (aspecto que não é objeto deste estudo) e sobre a inserção dos trabalhadores (e equipe do entorno) nos processos de trabalho e de formação. Trata-se de um contexto de formação-intervenção no qual a avaliação se faz acompanhando a dinâmica de subjetivações em processos e efeitos que abrangem, entre outros: a capacidade de articulação de saberes, do conhecimento prático, dos objetos, das práticas e relações de trabalho (em equipe); a produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais; a articulação de estratégias de renovação de sua atuação como equipe multiprofissional e na relação com a hierarquia de gestão; a articulação de interesses para a invenção de projetos comuns e construção de redes.

Os conceitos que nos guiam nesta dimensão de análise são articulados na ideia de intervenções e subjetivações, cartografando-se

os deslocamentos que se produzem no rastro do processo formativo. Trata-se de acompanhamento avaliativo e atenção a deslocamentos que acontecem nos sujeitos e na instituição, de transformações que se percebem nesses corpos, no sentido de afetarem-se no rumo das mudanças desejadas. Fala-se da criação de uma disposição para afetar-se na concepção de intervenção como movimento que altera processos e posicionamentos instituídos e que fazem aumentar o poder de agir, seguindo a trilha dos autores que nos inspiram (Lourau, 1995; Deleuze; Guattari, 1995; Guattari; 2004; Clot; 2010; Spinoza, 2014). Nesse sentido há estreita relação entre essa dimensão 2 de análise e a que vem adiante como dimensão 3, onde se recortam mais especificamente as mudanças em alguns processos e práticas das equipes/serviços. Daí a observação de deslocamentos e também deslizamentos de uns e outros espaços (sujeitos, equipes, processos, etc.).

Abrindo conversas avaliativas e produzindo analisadores

O quadro A2 agrupa os aspectos citados na dimensão 2 em uma subdimensão sintetizada como de autonomia e protagonismo, focando-se nas especializandas nas interações em seus espaços de trabalho.

Quadro A2. Subdimensões e itens avaliativos na dimensão 2.

Subdimensão: Autonomia e protagonismo	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Articulação de movimentos locais, buscando envolver os colegas/equipes e gestores em torno de assuntos relativos ao curso (diagnósticos, análises, ações).		10	50	40
Produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais		10	70	20
Produção de estratégias de funcionamento como equipe multiprofissional.		30	50	20
Articulação de estratégias de renovação de sua atuação em serviço.		10	50	40
Articulação de interesses dos atores locais (equipe e gestores) para construção de projetos de intervenção.		10	60	30

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

As respostas mostram os movimentos no rumo do protagonismo nos espaços de trabalho, prevalecendo respostas nos níveis

satisfatório e regular, este indicando situações que precisariam de pouco esforço para serem aprimoradas.

No quadro seguinte (B2) podem ser observados movimentos destacados como *instituintes* por se apresentarem como deslocamentos e transformações, passando pelas especializandas, mas não se restringindo a elas. Podem ser compreendidos como efeitos operados nos sujeitos e coletivos, nos espaços institucionais de interação.

Quadro B2. Avanços e lacunas em eixos avaliativos na dimensão 2.

Apropriação de habilidades indissociada do protagonismo na organização e gestão do trabalho e na mobilização institucional	
Avanços	**Lacunas**
Movimentos instituintes nos sentidos de: • Manifestação de interesse com a área, com sua formação e postura ativa na busca de melhoria (e transformação) da qualidade do serviço onde atuam. • Mudanças de conceitos (em sentido político) que foram se operando ao longo do tempo. • Ganho de conhecimento e habilidades práticas pautadas nas evidências científicas. • Conhecimento dos processos específicos de trabalho relacionados aos serviços prestados e capacidade de identificação de erros, acertos e colaboração em ajustamentos. • Movimentos ampliando articulações e capacidades institucionais para promover mudanças: papel ativo das enfermeiras na produção de interesse da gestão na implementação de projetos de intervenção, com ofertas de projetos e construção de sua viabilidade com incentivo da gestão. Postura comprometida e firme, com discursos baseados nas boas práticas e cobrando nos seus serviços aquilo que estão aprendendo. • Movimentação no local de trabalho para se inserir na atuação como enfermeira obstétrica. • Potencialização de 'seu agir' nos locais de trabalho nos casos em que ocupam também cargos de gestão em seus serviços. Casos inclusive em que as especializandas se fortalecem como "participativas, empreendedoras e atuantes" em coordenações de enfermagem, na gestão em secretarias de saúde e como referências locais da Rede Cegonha.	Fatores que concorrem no contexto dos movimentos instituintes: • Posturas de gestores e categorias profissionais que não compreendem a necessidade de mudança de modelo e dificultam a movimentação no rumo de ampliação do trabalho em equipe. Isso reflete em não valorização dos trabalhadores capacitados pela própria instituição e não facilitam a sua inserção nos Centros Obstétricos e CPN. • Situações que parecem, ao olhar das coordenadoras e professores, atitudes de imobilização*, descrença ou descompromisso de algumas especializandas em alguns locais (descompromisso visto pelo descumprimento ou descuidos com acordos, agendas de participação e expectativas do curso). * Algumas dessas situações são explicadas como temor de serem perseguidas ou demitidas por não terem vínculos empregatícios estáveis (casos em que sua postura ativa não é desejada nem tolerada pelos gestores).

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Nova Digital – Rhonda Impress

Destacando alguns rumos de potências e desafios

De modo geral as equipes de condução do curso em todas as IES avaliam como muito positivo o (des)empenho das especializandas no seu processo formativo, tanto na apropriação dos conhecimentos e habilidades esperadas como no engajamento com a proposta de mudança de modelo. As alunas também se reconhecem em suas transformações por meio do processo em que se encontram. Nesses sentidos percebem-se os movimentos que elas vão fazendo em seus locais de trabalho, muitas vezes abrindo caminhos em cenários muito duros de processos e práticas tradicionais. São várias situações onde os modelos organizativos (do cuidado e da gestão) funcionam por meio de pesadas hierarquias verticais e fragmentadoras do processo de trabalho, inviabilizando ou dificultando a prática de acolhida humanizada das usuárias e da inclusão dos profissionais (enfermeiras) na lógica de trabalho em equipe.

Não obstante esse cenário (reconhecido como bem frequente nesse campo de atenção), o curso consegue despertar nas especializandas o desejo, interesse e aportes instrumentais para irem se inserindo – cavando brechas de inserção –, ampliando movimentos institucionais. Nessa perspectiva, mais do que uma percepção e aferição geral desse cenário e dos (des)empenhos das especializandas em meio a isso, a avaliação aqui empreendida enfatiza as afetações que nelas se produziram, as movimentações singulares operadas por essas trabalhadoras em seus espaços concretos de trabalho (sinais também puxados na dimensão 3, adiante) e as indicações para que os cursos tomem tais experiências como objetos privilegiados em suas *discussões formativas*. Essa é uma meta a se priorizar na governabilidade e compromisso desses cursos como política pública. Nos serviços, muitas vezes o trabalho se efetiva em meio a vários tipos de (o)pressões, mas vai-se também tornando palco de enfrentamentos, indicando importantes deslocamentos que se operam no corpo desses sujeitos e na relação com o trabalho. Por esse caminho, há que observar com atenção as próprias estratégias que algumas trabalhadoras usam mediante opressões extremas como

os casos em que a instabilidade do seu vínculo empregatício (e outros tantos tipos de situações opressoras e de exclusão) é usada por chefias para limitar ou inibir sua condição de protagonismo (alguns casos inclusive de ameaças de demissões). Há portanto que se estudar melhor o contexto de (re)ações dessas profissionais nas relações locais de trabalho, não tomando esse contexto apenas como um *dado de realidade*, mas para serem tomadas (cada situação singular) como objeto do curso, compondo sua grade discursiva, tratada como analisador institucional, e assim serem tomadas como objetos de conhecimento-intervenção. Há que se estudar inclusive as situações em que as trabalhadoras se tornam mais imobilizadas ou parecendo descomprometidas com os desafios da formação que assumiram, evitando-se uma leitura superficial de seus comportamentos e suas limitações. Em outros termos, há que se explorar o curso em sua potencialidade de *análise-intervenção* (sem pretendê-lo em uma visão simplista de *solução*). Por um lado, há que considerar que ele se institui com um *mandato social*, viabilizado e legitimado como política pública do SUS, pactuado interinstitucionalmente e com cada serviço em sua finalidade explícita de interferir no modelo. Por outro lado, considerar sua importância (do curso), *ele mesmo como intervenção*, no seu desafio de se operar efetivamente como uma política pública, como entende a Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2008), isto é, como política/projeto que se constrói no coletivo, no dia-a-dia com os atores em cena e suas diferenças.

Pautar essa discussão neste momento avaliativo é enfatizar a compreensão de subjetivações e deslocamentos que se propõem analisar nessa dimensão que articula os *sujeitos e a dinâmica institucional do trabalho e da formação*. Nesse sentido, pode-se observar no quadro anterior a mistura de movimentos que indicam avanços e desafios. Houve movimentos potentes e deslocamentos tanto das trabalhadoras-especializandas, como dos seus serviços/gestores e do curso, todos inventando jeitos de se mover no cenário, criando *rotas de fuga.*

Para Schwartz (2000, 2011), o *trabalho* entendido como a *atividade* que perpassa o trabalhador, ao *usar de si* para efetivar o trabalho (em sua finalidade), é algo que *não se vê*; não é demonstrável

ou mensurável porque não se reduz a um simples produto-resultado; a atividade, neste caso, é algo que coincide com uma energia criativa *(industriosa*) que se mobiliza no sujeito e que o torna inventor de mundos, de novas realidades, transitando entre a norma e a renormatização, protagonizando... Nesse sentido não é possível a captação desse trabalho e transformações apenas a partir de *meios* e *produtos visíveis*, mas no item seguinte apresentamos múltiplos exemplos que ilustram o que se pode perceber como aumento do poder de agir das especializandas, serviços e curso.

Dialogando com isso, *toda a situação geral* (da esfera da atenção ao parto e nascimento) e *cada situação singular* (cada local de trabalho), *todo o projeto geral de intervenção* (o próprio curso) e *cada projeto singular de intervenção* ainda se apresentam como desafios de potencialização. A tarefa (o desafio para os cursos) é nobre e concreta como perspectiva, já que há o reconhecimento do Ministério da Saúde da necessidade de expansão desses cursos para dar conta da carência/qualificação de profissionais conforme as necessidades do SUS. E, inseparavelmente, porque ele se propõe como intervenção, capaz de produzir alterações no modelo de atenção instituído. Vale o lembrete de professores e alunas ao dizerem que percebem melhor a diferença desse curso quando o comparam a outras experiências das quais participaram, aí dizendo de *tudo que foi mobilizado em seu rastro* (como se vê nos itens seguintes).

Destacando percepções do coletivo

Os depoimentos seguintes reforçam e complementam o mapa em construção e agora vislumbrando-se mais diretamente a transversalidade das transformações, vendo como se expressam em toda a equipe de condução do curso.

Um professor ilustra bem a condição de emancipação que se abre com essas experiências cruzadas no curso. Segundo ele: *"entendo que a partir daquilo que a gente discute, começa a ficar mais clara essa questão da gente deixar de ser o telespectador e começar*

Nova Digital Proibida Impress

a se ver dentro do contexto; entender que na verdade você é o agente transformador. Uma coisa que me chama muita atenção é sempre isso, de as pessoas perguntarem por que não fizeram isso ou por que tá faltando isso ou por que não colocaram isso. Como se você não fizesse parte do contexto, como se você não tivesse inserido. Então eu acho que a partir do momento que você começa a se ver, começa a se perceber dentro do processo, quando você começa a entender que você é agente transformador, então você começa realmente a modificar o seu fazer, as suas formas, ou seja, aquela história de que eu me vejo no que vejo e quando eu começo a reclamar demais é porque alguma coisa não tá funcionando muito bem. Aí então eu começo realmente a sair daquele espaço".

Essa compreensão merece destaque nos desafios de sustentação dessas modalidades de curso, que ajudam a respeitar as (adversas) condições de inserção no mundo do trabalho, mas não deixando que os trabalhadores fiquem no conforto ou alienação da condição de vítimas do processo (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009).

Uma aluna traz à tona sua vivência nesse sentido de mobilização. Diz ela: *"enxergo isso muito na minha vida e estão sendo formados avaliadores em serviços. Avaliadores críticos. Hoje nós somos questionadores da realidade atual e o serviço já tem percebido isso. De todos os hospitais e de todos os especializandos (eu não vou chorar gente), depois desse tempo que a gente necessitou para refletir, eu enxerguei nesses sujeitos e equipes, que eles estão sendo capazes. E os especializandos estão sendo capazes de contagiar todo mundo nesse movimento, mesmo os gestores mais resistentes têm percebido. As equipes mais resistentes já têm se contaminado, de uma forma boa, porque os especializandos estão sendo capacitados de uma forma que estão se tornando avaliadores não só para mudar o que é específico de projetos de intervenção, mas de coisas menores que no conjunto colaboram no atendimento integral da mulher. Eu estou sendo formada mais que uma enfermeira obstetra, mas como uma avaliadora da saúde coletiva com foco na saúde da mulher".*

A avaliação escapando da tradição de externalidade e de centralização em especialistas, isto é, usada em caráter transversal e

participativo, mais uma vez precisa ser ressaltada em sua potência no modo de olhar, de interferir e de perceber as transformações nos modos de estar no mundo do trabalho (como docente ou trabalhador da saúde) e no próprio âmbito avaliativo. Segundo uma professora: *"o processo avaliativo que nós estamos tentando colocar em prática – falo tentando porque eu acho que ela não tá completa e porque, como professora, acho avaliação a parte mais difícil da minha tarefa docente –, essa avaliação participativa faz com que o aluno, o enfermeiro ou mesmo o hospital, com esta intervenção, faz com que se sintam parte deste processo de avaliação. O aluno tem o momento de refletir sobre o que ele aprendeu, o que ele colocou em prática e de que forma isso aconteceu".* A professora destacou um trecho da referência bibliográfica para analogia ao que estava enfatizando: "o pressuposto principal da avaliação participativa é o de participação ativa de todos os atores envolvidos num dado projeto/intervenção/estudo, inserindo-se como sujeitos críticos, apropriando-se reflexivamente da situação, compartilhando decisões (poderes) e análises, nesse contexto fazendo parte também da produção de conhecimento" (Santos Filho, 2010).

Uma especializanda expressa esse aprendizado da seguinte forma: *"é importante como esta avaliação muda nossa visão como profissional; como outra colega falou, você passa a ser avaliador do que você vê no serviço, então hoje nós estamos elaborando intervenções acerca de assuntos específicos que vão ser implementados mas a nossa perspectiva, a nossa visão do serviço, ela sempre vai ser uma visão de avaliação e de novas propostas de novas intervenções"*.

O diagnóstico situacional como instrumento disparador de análises do trabalho foi apropriado no rumo mais potente que com ele se propunha, isto é, como dispositivo que ajudou a deslocamentos de olhares na relação com o trabalho. Teve valor de uso no sentido de *serviço útil* (Zarifian, apud Santos Filho, 2010) válido por (trans)formar os sujeitos em seus olhares analíticos e melhor conhecer-perspectivar o trabalho, ações, interferências. Como dizem as especializandas: *"permitiu meu crescimento pessoal e profissional"*; por meio dele (diagnóstico) *"a gente pode fazer reflexões sobre a*

Nova Direção Produção Impress

nossa instituição", *"refletir sobre o serviço onde estamos inseridas, para promover mudanças"*; *"levantar problemáticas do serviço"*; *"observar que a gente tem muito o que melhorar"*. *"Hoje, quando a gente fala em avaliar, eu percebi que depois dessa coisa, eu consigo me avaliar todo dia ao final do meu trabalho, eu estou me avaliando diariamente"*, falando disso no sentido do seu aprendizado e da sua condição de autonomia no trabalho. Resulta em fortalecimento como sujeitos produzindo agenciamentos de si próprios, com ampliação de seus interesses e movimentos institucionais.

Essas percepções de efeitos sinalizam que o curso teve boa aproximação a uma de suas propostas estratégicas, a de promover uma formação ampliada de todos como avaliadores de seu próprio ofício, ajudando a *fazer-avaliando* e isso passando a compor o horizonte do próprio professor, todos em aprendizagem.

A oferta de uma concepção de intervenção voltada para interferências capazes de mobilizar os processos instituídos também foi bem apropriada pelas especializandas. Uma delas afirma sua compreensão de que *"a intervenção sempre tem que considerar a perspectiva pedagógica e nunca dissociada no processo de formação, e isso é uma realidade".* Segue ela: *"como o colega comentou, quando a gente faz cursos mais tradicionais muitas vezes a gente acaba fazendo uma revisão bibliográfica como um trabalho que não se aplica na prática e a intervenção, sim, ela tem uma característica totalmente diferente. E eu acho que isso é muito positivo porque, ao invés de (apenas) um período longo de dedicação a estudo, o desenvolvimento (intervenção), com você como profissional já atuante no serviço, você consegue implementar uma melhoria, e essa melhoria necessita ser implementada não apenas de maneira pontual, mas de maneira que ela permaneça e se estabeleça no serviço".*

Por isso também uma professora completa que a proposta de trabalho formativo com a concepção de projetos de intervenção *"são a grande força do curso"*, vendo seu *valor de uso* no sentido da adequação conforme cada realidade, e comparando com outros tipos de cursos de especialização sem essa tônica.

Outra especializanda ainda amplia esses horizontes, deixando transparecer o máximo de compreensão do que nomeamos como

conceitos-ferramentas ou dispositivos. Parte de seu entendimento da *avaliação formativa* e ilustra como com ela se operou tomando como focos de análise os processos dos projetos de intervenções em seu serviço, buscando as correções necessárias e, enfatizando-a, sempre tendo em vista os objetivos e metas. Assim ela completa: *"a gente, na maternidade que eu trabalho – sendo sete enfermeiros que fazem a especialização –, a gente trabalhou muito a questão do aleitamento materno e dizia: o que tá faltando na sala de parto? Então, a gente foi buscando as situações, eu achando muito interessante porque a gente discutia e propunha vamos ver o que tá faltando na maternidade para melhorar. A gente trazia a teoria pra poder buscar realmente o que estava faltando. Nós tivemos o apoio da gestão nesse processo; a gente buscava ver quais foram as intercorrências, os problemas que tinham na maternidade; a gente participava de reuniões pra gente pontuar quais eram os verdadeiros problemas que estavam acontecendo na maternidade. Então essa intervenção foi muito boa, porque tinha aluno que chegava e dizia: eu não tô conseguindo ver. O que tá faltando naquele pré-parto, o que ficou a desejar? Então vamos pontuar os pontos negativos aqui da nossa maternidade pra gente poder estar buscando essa intervenção, porque pelo que eu vejo a intervenção é em cima dessas situações que estão acontecendo e que precisam ser melhoradas. Nós fizemos uma reunião com a gestão da maternidade pra pontuar o que precisava ser melhorado em cima da proposta da política de saúde da maternidade e vimos o que poderia ser feito dentro do que a maternidade poderia nos oferecer. Aí eu achei interessante que a gente montou todos os projetos de intervenções e achei interessante que as tutoras (do curso) foram chegando e foram pontuando o que estava de positivo e o que estava de negativo. Então a gente queria buscar realmente ver se aquilo que a gente tava fazendo estava dando efeito, tinha resposta ou não tinha. A gente foi vendo o que era importante continuar e o que a gente precisava parar. Então é importante a avaliação do processo e utilizar (também) a dimensão de eficácia no sentido do dimensionamento no alcance dos objetivos e metas, e foi exatamente isso que a gente tá fazendo dentro do nosso curso. Tem que ter a mente renovada, porque não*

adianta a gente ficar só naquele tópico, a coisa tem que acontecer, tem que mudar. A gente tem que dizer que (o plano) de intervenção veio pra mudar, não só pra ficar no papel. A gente tá cansado de tanto escrever e as coisas ficarem no papel né? Então a gente precisa que as coisas sejam realmente palpáveis, aconteceu, mudou. Eu mostrei para os enfermeiros o porquê a intervenção tem que acontecer, o porque a gente precisa mudar. A gente tem mania de impor as coisas, mas a gente não discute o porquê das intervenções. Então foram muito importantes as reuniões com a gestão e mais ainda com os médicos; a gente tem trabalhado muito bem dentro da maternidade".

Outra especializanda faz o gancho com a perspectiva da integração ensino-serviço, trazendo o trabalho integrado em equipe multiprofissional como um desafio de aprendizagem que se opera na prática (ou pelo *saber da experiência* a que nos referimos na formação-intervenção). Na sua vivência: *"os embates que todos nós falamos que existem entre médicos e enfermeiros no cenário, na cena do parto, eles existiram, mas foram superados, e isso é muito bom porque é uma coparticipação. Quando um novo chega e a gente já está com o velho, começa a se sentir incomodado"*, neste caso, diz ela, *"nós vamos intervir e conversar"*, buscando alianças, que ela associa à ideia de coparticipação.

Nesses depoimentos-vivência agregam-se todos os elementos conceituais da tríade formação-intervenção-avaliação. E vale ressaltar a contribuição do curso não na lida restrita com instrumentos prescritos para avaliação-intervenção (às vezes de difícil manuseio e nem mesmo adotados por todos), mas com a *introjeção de um pensamento e um agir avaliativo* ampliado, ajustado *entre norma e renormatização* no cotidiano de trabalho.

Nova Digital Profissional Impress

DIMENSÃO 3 – O SERVIÇO E SUA DINÂMICA: AS REPERCUSSÕES DA FORMAÇÃO PARA A DINÂMICA DOS SERVIÇOS E SUAS PRÁTICAS DE GESTÃO, CUIDADO E FORMAÇÃO

A avaliação nesta dimensão considera aspectos que informam sobre as repercussões nos processos de trabalho e tipos de práticas de atenção, gestão e formação incorporados na dinâmica dos serviços e na relação com os usuários. Reafirmando a lógica da transversalidade, esta dimensão apresenta-se estreitamente interligada à dimensão 2. Nessa interrelação atenta-se à busca de sinais que demonstrem a efetiva *utilidade* dos (múltiplos) movimentos na relação com (múltiplos) efeitos deles esperados, isto é, observando-se as capacidades de alteração dos modos de prestar/exercer o trabalho (efeitos no serviço/equipe) e o cuidado (efeitos de relação com o usuário). Aqui remetemos essa discussão à concepção de *serviço útil* em Zarifian (2001a, 2001b), que assim o considera quando é percebido como *válido* pelos sujeitos porque resultou na transformação de suas *condições de existência* (seus modos de andar a vida e a saúde).

Por esta compreensão há que se atentar para os sinais indicativos de mudanças que estejam se operando nos serviços, que constitui uma das imagens-objetivo primordiais desses investimentos formativos. Entretanto, aqui não se trata de medir o volume das práticas que tenham sido adotadas (objeto de outros estudos de mapeamentos locais nos serviços), mas sempre no sentido de mapeamento dos movimentos e suas repercussões, suas potencialidades e desafios.

Também nessa linha de pensamento é necessário perspectivar estudos para avaliação de satisfação de usuários/familiares, a partir dos movimentos disparados e da implementação de ações e novas práticas no cuidado.

Nova Digital Prioridade Impress

Abrindo conversas avaliativas e produzindo analisadores

O quadro A3 agrupa os aspectos dessa dimensão em três subdimensões.

Quadro A3. Subdimensões e itens avaliativos na dimensão 3.

Subdimensão	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Práticas de atenção e gestão que foram implementadas ou readequadas				
Atuação da enfermagem obstétrica na atenção às mulheres, bebês e família no parto de risco habitual		20	50	30
Cogestão na organização dos processos de trabalho e na relação com os usuários: o serviço passou a funcionar incentivando maior participação de gestores, trabalhadores e usuários, propiciando condições para corresponsabilização com os procedimentos de cuidados, autonomia e pactuação de compromissos e efetividade do cuidado		50	40	10
Incorporação e/ou aprimoramento das chamadas boas práticas na atenção ao parto e nascimento			100	
Integração ensino-serviço				
Reconhecimento do campo de prática como parceiro para o curso e para a formação das especializandas				100
Arranjos de articulação ensino-serviço nas redes locorregionais, com estratégias de continuidade de ações e interlocuções para troca de experiências e outras atividades educativas ampliadas	10	20	20	40
Trabalho integrado em equipe multiprofissional: incorporação ativa de todos os sujeitos que compõem os serviços				
Espaços/Agendas regulares da equipe para discussões sistemáticas das práticas, protocolos e interações profissionais, com atualização de pactuações e encaminhamentos	20	50	30	

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

As respostas mostram os avanços nos movimentos institucionais de *abertura ao novo*, convergindo com as avaliações nas duas outras dimensões, prevalecendo respostas nos níveis satisfatório e regular (este indicando situações que precisariam de pouco esforço para serem aprimoradas). Entretanto aqui há que ter olhar especial para dois âmbitos de respostas/percepções: num rumo, os itens que informam sobre a inserção da enfermagem na assistência e a incorporação das chamadas boas práticas. Esses itens são bons *proxy* de *indicativos de resultados*, num entendimento de resultado associado às metas essenciais desses projetos que estão voltados para mudança do modelo. Revelam-se, portanto, bons indicativos do alcance

dos investimentos. Como destacamos em outras análises (e capítulo 2/parte 3), a luta da enfermagem obstétrica para se inserir na assistência ao parto não deve se dar na lógica de superação ou substituição da presença do médico, mas deve ser luta potente no sentido do *trabalho em equipe* e na defesa dessa diretriz do SUS como um todo. Entretanto, essa inserção é, sim, uma potente intervenção em si mesma, porque se institui rompendo fronteiras e barreiras do modelo instituído de saberes e de organização do processo de trabalho.

Num outro rumo, há que se ter olhar atento aos itens que informam sobre cogestão e integração em equipe, indicando a força da tradição da gestão hospitalar nesse campo, ainda predominando modos centralizadores e verticalizados. Portanto, fator altamente desfavorável que concorre em meio a outros fatores também desfavoráveis e favoráveis. Evidentemente esses destaques aqui não se baseiam somente nessa avaliação, mas reforçam avaliações mais gerais e constatações quase unânimes dos atores que vivem o cotidiano dessas instituições e têm observado mudanças, mas também muitas lacunas e desafios.

Sendo assim, o alerta essencial é que se faça *uso dos cursos*, cada vez mais e melhor, para se desdobrar conversas sobre tais aspectos, não negligenciando a discussão altamente estratégica da gestão do trabalho, que entendemos indissociada dos modos de cuidar e de formar. É nesse rumo que sempre se reafirma a proposta do *acompanhamento avaliativo* em sua potência para se colocar o trabalho em análise.

Neste curso essa perspectiva foi adotada e possibilitou avanços na ampliação de conversas, fazendo emergir importantes elementos que se cruzam no cenário de desafios. Nos tópicos seguintes podem ser observados sinalizadores ou analisadores que ajudam a seguir em explorações de caminhos e principalmente em pistas de enfrentamentos.

Nova Digital Profissional Impress

Quadro B3. Avanços e lacunas em eixos avaliativos na dimensão 3.

Movimentos para inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento	
Avanços	**Lacunas**
Indicativos da movimentação dos serviços para inserção da enfermagem obstétrica na assistência: • As especializandas estão sendo inseridas efetivamente na sala de parto ou tem havido movimentos para promover sua inserção. • Iniciativas dos serviços de contratação de enfermeiras obstétricas, como no caso de uma maternidade de referência estadual.	Lacunas na cobertura: • Número ainda insuficiente de enfermeiras obstétricas inseridas em sala de parto, o que dificulta garantir os próprios campos de estágio. • Dificuldade para contratar e manter equipe 24hs especializada em enfermagem obstétrica.
Movimentos para incorporação de diretrizes e ferramentas de qualificação dos processos de trabalho e práticas de cuidado	
Indicativos da movimentação dos serviços para qualificação dos processos e práticas: • Situações em que os serviços estão disponibilizando documentos-guia com as diretrizes de assistência ao parto e nascimento nos setores de trabalho e para acesso das equipes. • Situações em que os serviços estão promovendo atividades de educação continuada para qualificação das equipes em temas estratégicos relacionados às boas práticas de atenção. • A adoção das boas práticas tem se expandido nos serviços, observando-se que em alguns locais já são incentivadas e adotadas pela maioria dos profissionais. • Situações de incorporação de ferramentas que contribuem para qualificação dos processos, como o uso do prontuário e instrumentos de indicadores para monitoramento das boas práticas. Indicativos de valorização pelos serviços das iniciativas e ofertamentos vindos com o curso: • Situações de manifestação dos serviços reconhecendo a importância do curso para a mudança de paradigmas. • Situações de apoio manifesto pelos gestores acerca dos projetos de intervenção voltados para mudanças de processos e práticas. • Situações de fortalecimento da parceria com os campos de práticas, em termos do acesso para o curso e diálogo em torno dos processos e práticas.	Inadequações na organização dos processos de trabalho e das práticas de cuidado: • Fragmentação e centralidade dos processos de trabalho, com desenhos organizativos que não promovem inclusão dos usuários nem privilegiam o cuidado centrado na mulher, RN e família. • Morosidade na organização e implementação de protocolos institucionais. • Condutas institucionais contraditórias, com incentivos às boas práticas e ao mesmo tempo restringindo a inserção efetiva da enfermagem obstétrica no processo de trabalho, como por exemplo no protagonismo no procedimento de AIH. • Incipiência ou fragilidade de movimentos de gestão no sentido da adoção de estratégias e dispositivos de organização do trabalho em equipe: irregularidade ou ausência de momentos/espaços sistemáticos de encontros da equipe multiprofissional para discussões e deliberações sobre as práticas, protocolos e relações profissionais; fragmentação dos modos de comunicação institucional, favorecendo isolamentos no trabalho e dificultando interações e condutas compartilhadas.
Movimentos ampliados de fortalecimento da Enfermagem Obstétrica	
Avanços	
O curso e repercussões ampliadas no fortalecimento da Enfermagem Obstétrica: • Situações em que o curso teve contribuição indireta, como a criação de Centros de Parto Normal em alguns lugares, com concurso para enfermeiras obstétricas, que já se encontram em atuação (e com planejamento de municípios junto com o MS para ampliar a abertura de centros). • Situações em que o curso incentivou que a Enfermagem Obstétrica tornasse pauta estratégica nos espaços institucionais da região/estado: contratação de enfermeiras obstétricas para a rede de serviços, qualificação profissional, ampliação do registro no Coren, formação de ABENFOs estaduais e fortalecimento dos Grupos de Trabalho nesta área. • Situações em que o curso incentivou ampliação da 'presença' da Enfermagem Obstétrica junto aos movimentos sociais e outros, como parceria com grupos de doulas e desenvolvimento de atividades educativas nas comunidades.	

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Versão Digital Preliminar Revisada Impressão

Destacando alguns rumos de potências e desafios

Esse quadro ilustra bem a situação de (des)equilíbrio que caracteriza os serviços em seu funcionamento atual. Aqui (des) equilíbrio não vem com a conotação de positividade nem de pejor, mas (i) como sinais a serem tomados como analisadores institucionais, (ii) para isso tornando-se objetos de discussão dos cursos (caso contrário, os ingredientes do cenário ficam apenas como componentes figurativos em uma paisagem que parece inalterável) e (iii) com eles promovendo-se ampliação de conversas e redes para se aumentar o poder de agir *com* tais situações (ao invés da expectativa ingênua de sua eliminação de forma simplificada).

Como parte de uma tradição mais geral do sistema brasileiro de saúde, os serviços hospitalares de atenção ao parto e nascimento operam com uma lógica organizativa que mais exclui do que inclui, isso valendo tanto para os trabalhadores como para o usuário. Esse é o cenário que se deve entender como *ponto de partida* e não exatamente como *problema que inviabiliza movimentos*. Assim é melhor compreendê-lo como cenário de embate ou de disputas de projetos ético-políticos que estão em jogo (como bem ilustrado no quadro anterior) e analisar os fatores aí influentes, isso sendo uma tarefa de análise coletiva, com a qual podem contribuir conceitos-ferramentas que ajudam a discutir as relações institucionais de trabalho e de gestão. Por isso também a importância do instrumental-dispositivo utilizado no curso, para avaliações situacionais. São importantes não por captarem dados (que às vezes o serviço nem tem, conforme alguns relatos e demonstrações), mas por trazerem à tona inclusive essa lacuna de dados e outras problemáticas, assim funcionando efetivamente como disparadores de análises. Na perspectiva indicada na formação-intervenção essa tarefa é atribuição do curso, promovendo análise-intervenção e consequente, ou simultâneo, aumento da capacidade de análise-intervenção dos trabalhadores.

Na enfermagem obstétrica esse caminho nos parece uma evidente necessidade, porque é um caminho que possibilita por em foco as situações que, muitas vezes, nos contextos mais reacioná-

rios, são vistos pelos enfermeiros como uma tradição natural a ser tolerada ou enfrentada de modos isolados (esforços individualizados) ou, por outro lado, idealizada para ser solucionada por um outro, um suposto poder externo. Essa percepção é aqui colocada a partir da escuta de enfermeiros falando de suas realidades de trabalho, escuta que tem sido feita nos demais cursos que dialogam com este, como o de Aprimoramento. A propósito, a *escuta metodológica* no Aprimoramento já tem sido feita à luz dos referenciais trazidos neste livro, experimentando a potência da análise coletiva, por meio de oficinas abordando gestão (ver capítulo 2/parte 3).

Põe-se portanto a tarefa e compromisso (dos cursos) de analisar para desnaturalizar tais situações, fazendo ver que elas portam vários tipos de interesses e que compõem a micropolítica do trabalho, portanto devendo compor as pautas das equipes locais, compondo a agenda política da enfermagem (seja nos serviços, cursos, etc.), escapando de uma qualificação tecnicista. Em se passando a debater tais questões, escapa-se inclusive do risco de se tomar por um esforço voluntarista individual para a conquista de um lugar ou se cair em polarizações e risco de apenas se almejar inverter as tradicionais posições de saberes e poderes que, sabidamente não contribuiria para a transformação do mundo do trabalho nas direções ético-políticas desejadas.

Essa é uma tarefa que remete o curso à sua função de dispositivo, de intervenção e de tudo que se articula nas perspectivas teórico-políticas aqui enfatizadas – função estratégica de agenciamentos em vários sentidos. Falando desse lugar, pode-se convocar ao entendimento de que não é *natural* a falta de disponibilidade para o trabalho em equipe multiprofissional ou a falta de preparo profissional (do médico por exemplo) para um novo modelo de cuidado, nem a falta de apoio de gestão para mudanças, etc. Não se trata de olhar com ingenuidade, nem demonização do olhar sobre isso, numa busca simplista de vítimas e culpados; trata-se de não entender como natural e de trazer para a cena discursiva, desnaturalizando e construindo outros possíveis. E aqui talvez a *novidade* não seja exatamente o alerta para esse entendimento, mas o alerta de que os cursos são um espaço essencial para assumi-lo.

O curso em questão traz sinais de ter *caminhado nesse caminho*, como se pode ver em depoimentos mais detalhados no tópico seguinte.

Destacando percepções do coletivo

Nos depoimentos pode-se observar a frequência de falas afirmando como se disseminou a inserção das enfermeiras na prática assistencial. Dizem: *"os serviços realmente abraçaram isso".* E também falam da expansão das boas práticas. São sem dúvida dois indicadores altamente representativos da alteração da dinâmica dos serviços. Vale registrar o prazer contido em falas das enfermeiras mencionando os anúncios que os serviços colocam na direção das mudanças, como por exemplo informando que *"a partir de tal data todos os partos de risco habitual serão assistidos por enfermeiras obstetras, 24h durante toda a semana e com emissão de AIH".*

Além disso, na linha de indicadores mais objetivos, observam-se os investimentos dos serviços na qualificação de ambiência e aquisição de equipamentos e materiais associados às boas práticas, como acessórios para o parto verticalizado.

Projetos de intervenção bem situados aos contextos singulares são outro importante indicativo de alterações de práticas que possam ter maior sustentação. Houve experiências em que a equipe do curso e especializandas passaram por fases de ajustes cuidadosos, amadurecendo propostas para os serviços e o seu próprio aprendizado: *"numa determinada etapa tivemos que repensar todas aquelas propostas dos projetos de intervenção; entramos em contato com as nossas tutoras e discutimos se não seria o caso de um projeto único com um único foco, cada um no seu cenário, com as peculiaridades, mas pensando no alcance de objetivo único, com este foco de refazer as práticas, e conversando com os serviços sobre a proposta de mudança de modelo mesmo".* Os instrumentos em geral, perpassando toda a prática formativa (e todas as dimensões dessa avaliação) tiveram papel estratégico na alteração dos processos locais, porque possibilita-

Nova Digital | Proibida Impressão

ram às trabalhadoras que estavam mergulhadas em seus serviços dele se distanciarem por meio do diagnóstico e reflexões que ele possibilitou – isso diz do diagnóstico em seu (indissociado) valor de uso para o trabalhador e para o serviço.

O investimento dos serviços na formação e qualificação das enfermeiras em muitos casos representou a própria condição para alteração dos processos e práticas institucionais, no sentido do (potente) uso que se fez dessas trabalhadoras a partir do curso. Em uns casos, aproveitando-as em cargos ou funções estratégicas, para além da assistência; em outros casos sendo chamadas para coordenações em distintos lugares da rede, em outros hospitais e setores de saúde da mulher nas instâncias gestoras do SUS. Nas situações em que havia várias trabalhadoras de um mesmo serviço no curso houve experiências significativas de produção de *redes internas*, promovendo interferências em setores historicamente complexos como a regulação de vagas e leitos. O conhecimento que essas especializandas tinham do processo de trabalho foi especialmente aproveitado em seu processo formativo, a ele servindo de base e por meio dele aprimorando-o. Além disso, funcionando como agenciador de um *comum no trabalho* e de *grupalidade*, como se pode ver no relato das especializandas que dizem ter *"parado de jogar pedra uma na outra porque começaram a conhecer e construir (coletivamente) o processo de trabalho"*.

Uma professora ilustra como vê na prática a concepção de *intervenção como interferências no instituído, para provocar transformações* e também lembrando a incorporação de indicadores capazes de refletir os movimentos. Diz ela: *"lá na maternidade a gente vê uma diferença enorme porque a minha orientanda atual, responsável técnica na Unidade, tem feito mudanças enormes. Até pouco tempo havia muita resistência em relação ao acompanhante, hoje tem acompanhante; a gente está até lutando na questão do quantitativo de pessoas na sala de parto, mas no CPN a coisa acontece bem diferente. A princípio só tava atendendo mulheres autorizadas, eram três, mas agora tem cinco PPP que são os quartos lá no CPN. Outra mudança que veio com essa mesma especializanda, ela fez*

Nova Digital Prova Impressa

um check-list, desde quando a mulher entra no centro obstétrico – ela faz o processo de assistência a essa parturiente, todas as ações que devem ser realizadas e depois na hora da alta também ela e equipe fazem todas as orientações à mulher. É um check-list gigante. E também o que eu achei muito interessante da participação dela lá, de querer fazer essas mudanças com o gestor, que é o profissional que está acatando todas as sugestões. Inclusive os indicadores das práticas, que todo setor já tem, que já estão sendo usados pra melhoria do serviço".

A parceria que se estabeleceu com grupos de doulas e em desenvolvimento de atividades educativas nas comunidades é uma ampliação de rede que deve ser estrategicamente valorizada no curso, porque sinaliza com a capacidade de ampliação de fronteiras e no caminho de iniciativas efetivas de superação do modelo tradicional. Da mesma forma, cabe olhar especial para os desdobramentos mais institucionais como a expansão de contratações de enfermeiras e o fortalecimento de sua vinculação profissional.

Mesmo sem ações sistemáticas ou ampliadas para avaliações de satisfação em desenhos metodológicos específicos, algumas situações são bons pontos de partida a serem explorados: pelo lado dos usuários, as especializandas e professoras já escutaram muitas manifestações de reconhecimento dos serviços pelas mulheres/familiares. Pelo lado dos trabalhadores, a satisfação vem associada ao seu poder de agir, como a especializanda que diz sentir-se *"muito honrada, orgulhosa"* no desenvolvimento do curso, do seu projeto e nas intervenções, e isso não é sentido de forma abstrata, mas relacionado ao esforço em se *"valorizar, acreditar e não desistir"* em meio à adversidade e, como disse, *"à diferença que fez na vida da mulher, da família e na instituição onde atuo"*. Assim também se sente outra especializanda dizendo que *"tem sido muito gratificante – percebo o quanto eu consegui ser protagonista do meu trabalho, do meu serviço".* Eis aí indicadores vivos de movimentos e suas repercussões.

APRENDIZAGEM E AMPLIAÇÃO DE ROTAS

Falamos de aprendizagem e de ampliação de pistas para colocar em destaque *elementos da experiência* que possam servir como *caminho para outras experiências*. Em se tratando de movimentos singulares (e cartográficos) não se trata da produção de *padrões a serem generalizados*, mas de *situações vividas-aprendidas em confronto com o real,* que se tornam *competências* (em sentido ampliado) adquiridas com a experiência (Zarifian, 2001c; Schwartz, 2011). E assim podem compor o rol de *aprendizagens úteis* a serem postas em novas experimentações e assim por diante.

Abordaremos isso por meio de eixos de aprendizagem e indicações destacados a seguir, mantendo-se o horizonte das três dimensões no olhar avaliativo. Relembramos que ora se falará de curso (englobando todos eles), ora mencionando-os no plural, para alertar que comportaram diferenças entre si.

ENTRE A TRADIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS E A ABERTURA DE BRECHAS PARA UMA FORMAÇÃO ENGAJADA

Schwartz (2011) fala em um polo de "conhecimentos desinvestidos", que serve à compreensão de atos educativos distantes da perspectiva de transformação das situações de trabalho. Ao contrário, diz que para uma "formação ergoengajada", comprometida com tal transformação, e não essencialmente com a "obtenção de diplomas", há que se intervir sobre os regimes de produção de saber. Alerta que nesse contexto há que atentar às "dramáticas da atividade" de trabalho, expressas nas vivências dos sujeitos/coletivos que estão sempre em um "debate de normas" ou produção incessante de renormatizações, "usando de si" para inventar situações novas a partir do que prescrevem a vida social, as instituições e as organizações que, segundo ele, funcionam nos solicitando a fazer, agir, reproduzir, o que é normal-tradicional. Nesse contexto,

Nova Digital | Proibida Impressão

comparece com importância o "ergoformador", a estar na cena educacional compartilhando com outros atores, com a disposição para agir repensando seus encaminhamentos de saberes, seus diagnósticos e projetos de vida, dando lugar a novos aprendizados.

Provoca-se então que se dê passagem à produção criativa de novos modos de formar e este foi um desafio que se experimentou no curso. Em sua tessitura compareceram os sujeitos, seus corpos e as múltiplas dramáticas, ora não visibilizadas, mas ora tornando-se evidentes, *conscientes*, sendo (re)conhecidas por esses sujeitos.

Para ilustrar, trazemos o depoimento da coordenadora geral do curso, *professora*, deixando ver a complexa, mas potente, empreitada de se lançar nessas experimentações, que exigem um tanto de ousadia para desviar de *caminhos conhecidos* e de *compartilhar aprendizagens* ao invés de se manter no lugar/papel de quem tradicionalmente ensina.

Da posição de *escuta avaliativa* das IES e do lugar de quem circula amplamente nas redes de serviços, entidades e espaços afins, como Abenfo (e do lugar especial de IES, de professora), observa que a perspectiva da formação-intervenção agregou inquestionável valor aos cursos de enfermagem obstétrica que vinham sendo oferecidos desde as décadas anteriores. Seu depoimento é entremeado com as premissas conceituais da formação-intervenção-avaliação, percebendo como se aplicaram na prática. Para ela, foi preciso descobrir aos poucos o que vinha como inovação, desafio que se colocava no próprio conceito de intervenção, entendido como *estar e agir no entre*. Diz que *"foi preciso reconhecer as dificuldades iniciais, provocando-se aberturas na configuração já instituída na Escola e equipe de coordenação geral do curso"*, isso mesmo já sendo um exercício de intervenção. Daquele momento inicial de *"dificuldades em reconhecer isso, aqui e agora nós vimos vários exemplos de como a gente conseguiu agir por esse entre, apresentando aqui situações muito concretas do esforço de estar e agir neste entre, apoiando a análise coletiva da situação de trabalho, intervindo no sentido de ajudar a melhor compreender e transformar a realidade."*

Sobre o desafio avaliativo no curso, ressalta a premissa *de avaliar-intervindo-formando: "acho que é um desafio de, a gente nesse processo de formação, como vivemos hoje, reconhecer que*

Nova Digital Prioridade Impress

nos formar e sistematizar essa formação, pode ser um caminho bastante importante para a sustentabilidade, não só de processos de formação que avancem para além do método que a gente reconhece como tradicional, mas que isso funcione como uma forma de dar sustentabilidade à própria mudança de modelo proposta pelas políticas públicas." Assim observou o *uso aplicado e potente* da avaliação que se propõe com o desafio de capacitação, formação criteriosa de toda a equipe de condução, numa agenda abrigando a discussão sistemática de experiências, das questões trazidas pelos alunos e das atitudes tomadas pelos formadores, analisando e formando quanto a posturas estratégicas e recursos que eles vão utilizando (Santos Filho, 2010).

Sobre o potencial de se produzir arranjos para dentro e para fora, segue a coordenadora: *"aqui enfatizo o cuidado com a dinâmica de coordenação do curso e a mobilização de diferentes tipos de processos que podem inclusive compensar as limitações das agendas. Em uma das apresentações que vimos aqui, me chamou atenção os arranjos traduzidos em circulação de afetos, articulações, interações, etc., ilustrando que isso efetivamente emergiu em toda a sua importância como analisador".*

Sobre o potencial de intervenção-matriciamento da tutoria: *"Queria dizer que me chamou muita atenção hoje a importância do processo de tutoria. Iniciamos essa organização de tutoria (em duplas de professores) desde 2012, mas é a primeira vez que muito claramente aparece a importância da tutoria no processo de formação, como apareceu hoje. Eu gostaria de ouvir umas colegas nesse sentido, mas me pareceu que veio com a tinta um pouco, um pouco não, bastante forte, inclusive sendo mencionada como recurso que os coordenadores das IES também utilizariam em outras experiências. Nesse caso eu acho que está no momento da gente reconhecer o que é isso, como isso tá sendo feito, para não corrermos o risco, como em outras situações, de apenas fazer 'do jeito de cada um', a partir de 'sua compreensão', o que não teria nenhum problema, mas aqui nós temos uma experimentação que vale ser analisada e, sendo analisada, pode indicar caminhos de algum tipo de sistematiza-*

Nova Digital Profissional Impress

ção ou de algum tipo de orientação. Então achei isso muito importante e eu penso que é exatamente pelo trabalho e aqui eu quero destacar o esforço que as colegas da UFMG têm feito para que esse momento (da tutoria) seja uma marca também desse curso. E aí vale o convite que nós podemos fazer à vocês para colocar em análise o próprio processo de matriciar; nós vamos precisar muito da ajuda de vocês no sentido de criticá-lo, de sugerir, de reconhecê-lo, de compreendê-lo, porque essa pode ser uma oferta em termos metodológicos e de produção de conhecimento bastante interessante para o desenvolvimento dos cursos".

Sobre a formação que transversaliza toda a equipe: *"Eu acho que a gente tá abrindo aqui um momento, abrindo não, que a gente tá vivendo um momento muito especial dessa formação que é nossa também; a gente não tá só formando outros, a gente também tá em processo de formação e eu poucas vezes pude experimentar com tantas pessoas, aqui algumas, mas nós temos no nosso universo cerca de 1000 pessoas por aí... eu nunca pude experimentar um processo de formação em que eu me incluísse também como alguém que tá sendo formado com tanta gente, com tanta potência e com tanta alegria; então eu tô absolutamente agradecida pela oportunidade".*

No Brasil, com Paulo Freire (1959), desde muito as instituições formadoras são provocadas a se deslocarem de seus ensinos fechados e desvinculados da realidade – formação com ênfase no tecnicismo e não para o enfrentamento dos problemas dos usuário/serviços. No campo da saúde, a partir do SUS, muitas provocações têm sido feitas para novos posicionamentos das escolas. Ceccim e Feuerwerker (2004) alertam que as instituições formadoras não podem existir independentemente de regulação pública e da direção política do SUS. E que devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao Sistema, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor.

Nesses rumos é que o curso se desenvolveu como uma política pública e, agora, no desafio de se manter por meio da ampliação de redes, tensionando as próprias escolas ao necessário *debate de normas* para corresponder às necessidades do SUS.

Nova Digital Impressa

DO DESAFIO DE TRAZER O TRABALHO AO CENTRO DA FORMAÇÃO E DA AVALIAÇÃO

Entremeados em todo esse texto, retomamos aqui os instrumentos que foram utilizados no curso voltados a diagnósticos situacionais e planos de ação-intervenção (lembrando também os roteiros avaliativos e memoriais como os cadernos/diários de campo, agregados aos diagnósticos e planos). Esses instrumentos trouxeram eixos analíticos e de planificação organizados em diretrizes, dimensões e variáveis/indicadores. Sua estrutura está apresentada no anexo deste livro e na parte 7/capítulo 1 consta um conjunto de planos desenvolvidos na *interação curso-serviços*, compondo os *produtos/efeitos/resultados* destacados em nossas avaliações. Tais planos ilustram os objetos em pauta e também as mobilizações institucionais que se entremeiam como intervenções nos sentidos aqui tratados.

Aqui nossa ênfase é em reforçar esses instrumentos como os principais dispositivos a *trazer o trabalho à cena formativa*, isto é, desviando o curso de uma abordagem abstrata de conteúdos e, em campo, fazendo-se extrapolar o foco de procedimentos assistenciais e gerando análise sobre as práticas e a própria inserção no trabalho. Foram dispositivos-intervenção porque propiciaram essa interferência numa tradição que habitualmente abstrai o trabalho, deixando-o apenas como elemento de fundo da paisagem. E aqui estão retomados também para ressaltar o *modo* como foram usados, compatibilizando-se com a grade tradicional, respeitando-se os tempos e ritmos de ajustes de cada situação singular (de cada curso/IES, por exemplo).

Em sua utilização propunha-se a seguinte dinâmica, compreendida como *uso dos instrumentos para análise coletiva do trabalho*:

- Sua estruturação permitia o registro de situações, informações e percepções buscados/levantados a partir de fontes existentes e de conversas com os serviços/equipes em diferentes momentos e oportunidades.
- Ao mesmo tempo e/ou na sequência da captação das situações e/ou em momentos de reuniões específicas, abriam-se

conversas sobre elas (incluindo dados/informações), assim servindo como disparadores de conversas sobre o trabalho.

- Essas conversas propunham-se como oportunidades para: conhecimento coletivo sobre os dados (e falta de dados) dos serviços; olhar avaliativo sobre os serviços à luz de seus dados; compartilhamento de opiniões/percepções sobre os dados (e falta de dados) e sobre os serviços, assim possibilitando primeiras comparações e primeiras oportunidades de escuta das diferentes percepções e interpretações livres das pessoas.
- Sistematizações preliminares e consolidados finais dos registros/informações, com apresentações e discussões em equipe, seguindo na lógica de oportunidade de conhecimento, compartilhamento de olhares avaliativos, comparações, percepções, etc., e identificando-se avanços e fragilidades/problemas.
- Esses movimentos (em maior ou menor intensidade e profundidade, e na heterogeneidade dos cursos) desembocavam em mapeamentos de cenários de avanços, problemas e prioridades a serem enfrentadas.
- Partindo das prioridades, construíam-se perspectivas de seu enfrentamento, sob o alerta do *sentido de uma intervenção* (o que poderia ser uma intervenção) e *planos de intervenção*, também se cuidando com a concepção que guiava essa proposta.
- Esse processo, sendo mais ou menos intenso e mais ou menos ampliado com as equipes dos serviços, possibilitou a experimentação, no real do trabalho, dos objetivos especiais propostos com o uso dos instrumentos, tornando-se oportunidade para o próprio trabalhador-aluno se mobilizar em: seu olhar avaliativo, seu jeito de apropriar e usar um instrumento/dado/informação, sua *escuta dos dados* e dos sujeitos, sua estratégia de chamar/envolver os colegas, sua estratégia de lidar com o interesse e/ou a falta de interesse dos colegas acerca de seus chamados, sua forma de (re)agir às diferentes opiniões/percepções, etc. Oportunidade de começar a refletir sobre sua própria experiência do trabalho (e falar dela) ao ver algo materializado do trabalho na forma

Nova Digital Produção Impress

de eixos direcionadores, das situações e dos registros relacionados a processos e desempenhos.

Os instrumentos, portanto, não se prestavam a diagnósticos tradicionais estanques, mas como analisadores de situações e tendo caráter pedagógico a possibilitar vários tipos de ampliações de seu valor de uso. São postos para *avaliações situacionais*, potencializados com elementos da análise institucional. Ajudam a despertar o olhar de atenção a algo a que (o trabalhador-aluno) não está acostumado. E, por outro lado, despertar o olhar de criação/invenção acerca do que precisa/pode ser modificado. Nesse sentido, estavam coerentes com o caráter cartográfico do processo avaliativo, por contemplarem dimensões ampliadas do trabalho (previstas nos seus eixos direcionadores e pelo que suscitava ser disparado nas rodas de conversa avaliativas) e especialmente por permitirem ao trabalhador-aluno experienciar (e trazer à tona) suas afetações a partir de/com aqueles cenários. Os depoimentos de muitos deles bem ilustram esse processo. Tratou-se, portanto, de *observações interessadas* (não neutras), dialogando experiência e instrumentos, pautados em rodas de conversas, fazendo vir à tona as afetações a partir da experiência e do olhar mediado pelo instrumento.

Em sendo assim, tais instrumentos foram dos principais recursos utilizados nos cursos que possibilitaram efetivamente uma ampliação dos seus focos, no rumo da indução a um engajamento no todo do trabalho. Mais do que inclusão de temas específicos *do trabalho* na grade tradicional dos cursos, os instrumentos cumpriram a função de se abrirem como *multitemáticos*, indo direto à prática, mas não mirando-a de uma perspectiva reduzida.

Por outro lado, esses dispositivos foram essenciais para que os cursos-experiências se desenvolvessem como *práticas de formação e pesquisa avaliativa engajada*, isto é, não centrando-se em coletas de dados sem caráter aplicado, mas como pesquisa-intervenção geradora de apropriação dos processos (e efeitos) pelos coletivos de trabalho, crescendo em emancipação e convergindo na coprodução de conhecimento-ação. Nesse sentido, podem ser, em

muito, potencializadores do que já referimos como comunidades ampliadas de pesquisa (CAPs), constituindo-se legítimas redes de investigação sobre o próprio trabalho.

Além dos registros anteriores ilustrando os *efeitos* desses materiais, trazemos aqui um depoimento da coordenadora do curso, ao *escutar os usos* que se fizeram deles. *"Me chamou atenção como os diagnósticos situacionais e planos foram muito bem utilizados e como podem ganhar valor de uso. Alguém deu um exemplo muito interessante, que está usando este diagnóstico (a estratégia/instrumento) em outros serviços onde serão inseridas enfermeiras obstétricas, isto é, com certeza se dará à gestão, aos trabalhadores e a elas próprias uma maior compreensão do ambiente em que estão se inserindo".* Assim observou o *uso aplicado e potente* do diagnóstico e plano de intervenção, partindo-se de sua *diretriz de uso*, previstos como instrumentos para os quais devem convergir análises situacionais, propostas, ações e todos os movimentos disparados nos e pelos coletivos que estejam analisando-intervindo numa realidade (Santos Filho, 2010) – um uso que pôs os instrumentos efetivamente *no entre* dos processos e relações de trabalho e do processo formativo, disparando movimentos rumo a transformações.

Salientamos também o êxito na articulação com os demais instrumentos que a eles se agregavam, como os roteiros avaliativos e diários de campo. Todos convergiram para gerar uma aprendizagem especial, sobretudo uma concepção de *agir avaliativo*, já demarcado no alinhamento ao conceito de *transversalidade,* e perpassando todo o curso. Os diários de campo, temos proposto na acepção de *memória*, usada como um recurso avaliativo inovado (Neves; Gonçalves; Roza; Santos Filho, 2010). Sobre isso, a coordenadora continua o depoimento, entendendo que é uma indicação metodológica que qualifica os processos e os produtos em uma dinâmica de acompanhamento. *"Acho que o que nós vivemos aqui hoje e no curso, na apresentação de vocês, nas reflexões, enfim, eu acho que ilustra bem que a gente deve usar a memória como uma forma da gente fazer registros que não são captados com muita facilidade. Alguns colegas disseram que as enfermeiras que se formaram no curso anterior deram conta de fi-*

car no serviço e tornarem-se também preceptoras. Isso deve chamar a atenção, pensando em entender como em muito pouco tempo possa já ser inserida, já ser preceptora no curso seguinte. Eu acho que talvez a gente devesse ouvi-las pra saber como estão fazendo isso, que fortalezas que elas têm, que fragilidades e o que as motivou a inclusive terem a disposição de preceptorar, que não é simples preceptorar num curso de formação em enfermagem obstétrica; não é algo fácil. Então eu acho que isso merece algum destaque. O que tá acontecendo nos serviços, talvez também possam, as repercussões, aparecer nessa forma de memória pra que a gente possa fazer melhor uso dessas experiências que a gente tá vivendo".

Propomos alinhamento entre *diário de campo* e *memória* (Neves; Gonçalves; Roza; Santos Filho, 2010), baseando-se nas acepções de Lourau (1993), indicando que seu uso permite restituir, na linguagem e na escrita, a experiência como produção de conhecimento sobre o processo e suas multifacetas, demonstrando os processos reais vivenciados, não valorizando apenas os resultados finais de um projeto.

É importante ressaltar o modo como se induziu o uso de todos esses dispositivos e da avaliação em sentido transversal no curso. Pelo seu próprio conceito, não se podia pretender a imposição de incorporação de forma padronizada e desrespeitando as singularidades locais. Assim, sua proposição deixava o caminho livre para experimentações, abrindo brechas na prática pedagógica. Como o curso foi inicialmente organizado pela via tradicional de uma grade de disciplinas, cada uma podia ser (também) um espaço de conversa sobre o trabalho a partir das situações mapeadas com os instrumentos. As disciplinas poderiam se deixar transversalizar pela lógica avaliativa, incluindo momentos de rodas de conversas avaliativas com os alunos. Esse movimento seria uma oportunidade de deslocamentos na própria prática de condução da disciplina, no caminho de análise coletiva, fazendo emergir aspectos relacionados às dimensões de interesse do curso e observando-se sinais de como cada disciplina estaria contribuindo para a formação ampliada. Isso possibilitaria ao professor observar especialmente se o conhecimen-

to/abordagem da disciplina encontraria eco na prática concreta daquele aluno-profissional em serviço, em seu cenário de atuação, isto é, verificando-se se aquilo ganhava *status de valor de uso.* Por outro lado, esses espaços de análises nas disciplinas tinham também a função de intervenção-apoio, *incluindo* e valorizando as questões e dificuldades vividas pelos profissionais-alunos nas situações de trabalho e no curso, compartilhando novos modos e recursos para lidar com as situações.

Em alguns dos cursos, como na edição da UFMG, uma estratégia utilizada foi a de se utilizar das disciplinas originais de metodologia (ao longo do curso), transformando-as em campo de discussão metodológica ampliada, tomando como base os referenciais e instrumentos diagnostico-avaliativo-interventivos e dali tentando-se disparar e articular conversas com as demais disciplinas. Uma dessas experiências está descrita no capítulo 3/parte 3 deste livro.

DO DESAFIO DE AVANÇAR DE UMA LÓGICA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL RESTRITA PARA UMA LÓGICA AMPLIADA DE TRABALHO EM EQUIPE

A concepção de trabalho que passa pelo debate entre o prescrito e o real (Dejours, 1997; Schwartz, 2007; Zarifian, 2001a, 2001b; Clot, 2010) aponta para a *dimensão sempre coletiva do trabalho.* E sendo invenção coletiva permanente, e nunca restrito apenas às prescrições/normas, o trabalho é algo que se opera numa *orquestração em equipe* (Gomes; Pinheiro; Guizardi, 2005). No entendimento de Zarifian (2001a, 2001b) e Dejours (1997), é algo que se fundamenta na produção de *confiança* e *cooperação*. Em Schwartz (2007), viabiliza-se pelo *encontro*. A base comum dessas compreensões é que os sujeitos usam de si e dos meios/recursos, e em meio a relações de confiança, para realizarem o que precisa ser feito, seja partindo das orientações/diretrizes da organização (com seus projetos, normativas, etc.), seja inventando rumos quando ainda não se há padronização/normas prescritas acerca de uma situação (neces-

sidade/demanda) ou quando, por exemplo, precisam agir em situações que fogem ao padrão, no cotidiano que sempre traz imprevistos. Esse agir dos sujeitos/coletivos no trabalho molda-se ou regula-se na medida em que a organização/serviço cria condições para que a cooperação se construa, implicando em assunção de responsabilidades entre os diferentes profissionais.

É importante cotejar essa compreensão com a usual (e aparente paradoxal) situação de fragmentação do trabalho de equipe na saúde, aqui falando-se da atenção ao parto. Neste caso, propõe-se para debate: se o trabalho passa sempre por uma invenção coletiva, quais os elementos o atestam nesse rumo no cotidiano dos serviços e quais fatores hoje nele interferem limitando ou impedindo a cooperação, os laços de confiança e sua orquestração em equipe? Essa é uma questão que propomos para os cursos colocarem em análise, com o intuito de aumentar a capacidade de análise dos enfermeiros acerca dessas situações em seu campo de atuação. Isso potencializa o curso como experiência de formação-pesquisa-intervenção. Por esse caminho, remete-se/amplia-se o debate ao referencial do *trabalho em equipe multiprofissional* (e seus desafios) ao invés de restringi-lo ao âmbito das competências profissionais, isoladamente, e inclusive no risco de uma preparação tecnicista abstraída da realidade em que se encontra ou mesmo o risco de alimentar uma competição pelo trabalho isolado, em disputa pelo lugar do outro. A esse respeito, é preciso alertar, garantir um lugar na *assistência* não garante em si mesmo estar-se num *ato de cuidado* (de si e dos outros), finalidade maior do trabalho em saúde e também da formação. Nesse sentido, continuamos nossos alinhamentos (Santos Filho; Barros; Gomez, 2009): se os sujeitos/coletivos (trans)formam-se com a própria experiência e se no trabalho há sempre um componente de resistência-luta, como isso pode ser canalizado para o aumento do poder de agir na direção de outros modos de trabalho no coletivo (orquestrado) e outros modos de cuidar?

Evidentemente nesse debate são muitas variáveis a serem consideradas, no contexto das forças em jogo nesse campo de saberes e práticas. Mas aqui o destaque dessas questões vem no alerta em duas direções complementares: que a formação se propõe para interferir em uma ordem instituída e, assim sendo, postulamos que

isso exige uma qualificação ampliada como *trabalhador da saúde* (sentido da interação mais ampla com o trabalho) e não apenas como *habilitação profissional* específica. Há que ressaltar que as competências profissionais são inquestionáveis e precisam ser fortalecidas. O problema está em serem compartimentalizadas e no modo em que se as praticam e se as aprendem. Isso é que leva à fragmentação da abordagem terapêutica e da prestação do cuidado.

Para o enriquecimento desse debate agregamos nesses alinhamentos a concepção de clínica ampliada e compartilhada (Campos, 2006), considerando sua potência para sustentar que na formação para cuidar de mulheres na gestação e parto não bastaria um olhar *reduzido*. Os desafios de superação do modelo tradicional de atenção ao parto, hospitalocêntrico e médico-centrado, passam pela compreensão ampliada desse *objeto* (gestação-parturição) e pela integração de *meios* (saberes/práticas/profissionais) para (bem) cumprir com uma *finalidade* também ampliada, que é o cuidado às mulheres em suas necessidades singulares. É essa compreensão que subsiste ao nosso postulado de que a formação em enfermagem obstétrica tenha como horizonte a qualificação para o trabalho em equipe multiprofissional. E, trazendo mais um conceito nesse alinhamento, aponta-se para uma formação que faça dialogar *competências de núcleo e de campo* (Campos, 2000), proposição perspectivada na Saúde Coletiva indicando a articulação de competências que se aglutinam num determinado *núcleo* profissional (em uma determinada especificidade ou identidade) e saberes que compõem o *campo* mais amplo de interações com o trabalho.

Evocando novamente o conceito de transversalidade, é um de seus primeiros propositores (Guattari, 2004) que o exemplifica no trabalho em saúde, dizendo que "num hospital, o coeficiente de transversalidade (que pode ser mais baixo ou mais alto) é o grau de cegueira de cada membro do corpo de funcionários". Por esse pressuposto, o trabalho em equipe se institui (e se aprimora) na medida em que se aumenta esse coeficiente.

Ora, se esses são horizontes de compreensão para a defesa da formação para o trabalho em equipe, isso precisa ser perspecti-

vado no horizonte dos cursos e buscando-se ver efeitos passando por esse horizonte. Vale então reexaminar os movimentos descritos anteriormente nas dimensões analisadas, buscando neles os importantes sinais indicativos de suas potencialidades (do curso) nessa direção. De fato, mais do que um simples preparo técnico, os enfermeiros mobilizaram-se em diversos âmbitos de intervenção, promovendo aberturas institucionais demonstrativas de abertura à inserção e integração multiprofissional e isso incluindo os deslocamentos operados no contexto da gestão, em múltiplos afetamentos. Muitas situações deixam ver o enfermeiro obstetra ativo num efetivo *encontro* com outros sujeitos e saberes – outros corpos – na situação de trabalho; (novos) encontros de saberes que vão gerando novas relações de poder (Foucault, 1979). Assim produziram-se encontros mutuamente revitalizadores. Encontros que fortalecem ou potencializam as dimensões de cuidado.

As facetas do conceito de competência em Zarifian (2001c) abrem-se ou se alinham com esses horizontes de formação para o trabalho em equipe e bem combinam com o desenvolvimento das *competências de campo* que se observou no curso. Dizem da capacidade de mobilizar rede de atores e aprendizagens em torno das situações, aquelas que se repetem no trabalho e com as quais se aprende a trabalhar – aprende-se a cuidar, a gerir, a agir... a tomar iniciativas.

Esses referenciais de ampliação da formação na direção do trabalho em equipe estão abordados no capítulo 2/parte 3 deste livro, estendendo-se a discussão para cursos de aprimoramento e programas de residências.

Em se tratando de processos formativos que afirmam a indissociabilidade entre formação-intervenção-produção de conhecimento, é importante observar que os eixos indicativos de ampliação de seus horizontes (eixos articulados na figura 1) foram construídos com a própria experiência desses cursos. Foram *experimentados* no sentido mais fiel dessa concepção, isto é, tecidos no desenvolvimento dos cursos e, mais do que afirmar que foram adotados na íntegra ou homogeneamente, aqui os deixamos como base para outras experiências, tentando-se que ajudem a ecoar como horizontes possíveis.

Nova Digital Profissional Impressa

DO COMPROMISSO COM A AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DE DIRETRIZES PARA AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS

Ao serem experimentados nas direções mencionadas anteriormente, os cursos buscaram desdobrar os princípios constantes das políticas do SUS (na área de Saúde da Mulher e Criança) e, nos desdobramentos, buscando ampliar ou potencializar valores e diretrizes de interesse à qualificação de pessoal. A experimentação, portanto, configurou-se também como aprendizagem e produção de conhecimento útil ao Ministério da Saúde na atualização de seus programas de formação. Nesse sentido foi validado um conjunto de diretrizes de interesse institucional do MS, tendo como base o princípio de indissociabilidade entre os campos da atenção, gestão e formação. Tal princípio se estabelece no seguinte alinhamento: os horizontes da *formação* devem ser aqueles que perpassam a *atenção* (com adoção das melhores práticas de cuidado, garantindo os direitos das mulheres, crianças e famílias) e melhores *práticas de gestão* (promovendo participação, protagonismo e corresponsabilização de trabalhadores-gestores-usuários nas práticas assistenciais e também nos processos de decisão, planejamento e avaliação).

Nos itens seguintes sintetiza-se o rol de *diretrizes estruturantes* validadas para fortalecer as normativas do MS para nortear os projetos pedagógicos dos cursos de formação profissional. As diretrizes aqui destacadas dizem respeito à inserção da enfermagem no processo de trabalho, na gestão e configuração de redes.

- Atuação da enfermagem obstétrica e obstetrizes na atenção ao parto de risco habitual: diretriz reafirmada como premissa para os cursos em questão. Está associada à garantia de inserção de enfermeiros especializados e obstetrizes na equipe de assistência direta ao parto de risco habitual e promoção de sua qualificação por meio de processos formativos para esta atuação.
- Trabalho integrado em equipe multiprofissional: compõe com a diretriz anterior, com incorporação ativa de todos os sujeitos que integram os serviços, avançando na configuração de equi-

pe de referência para o cuidado, proporcionando a atenção integral e compartilhada, de acordo com as necessidades das mulheres, homens, adolescentes e jovens, crianças e famílias.

- Protagonismo e autonomia dos sujeitos: diretriz equivalente ao princípio de *autonomia* dos sujeitos envolvidos no processo de produção de Saúde – trabalhadores, gestores e usuários –, com a premissa de que os espaços de formação promovam a emancipação e protagonismo dos trabalhadores, observando-se que as mudanças na formação, atenção e gestão ganham maior efetividade pela afirmação da autonomia desses sujeitos/equipes, contratando entre si compromissos compartilhados nos processos de trabalho e práticas assistenciais.
- Cogestão na organização dos processos de trabalho e na relação com os usuários: incentivo para participação ativa de gestores, trabalhadores e usuários (mulheres, familiares, acompanhantes, etc), propiciando condições para corresponsabilização com o ato de cuidar, fomentando autonomia e pactuação de compromissos no entorno do cuidado.
- Mobilização social: mobilização da sociedade e envolvimento das organizações civis nas discussões relacionadas à saúde das mulheres e crianças, promoção e difusão de informações que possam fomentar o debate para ações inclusivas, buscando o empoderamento e autonomia das mulheres no exercício de sua sexualidade e reprodução.
- Integração ensino-serviço: arranjos de articulação ensino-serviço nas redes locorregionais, com estratégias de continuidade de ações/cursos e outras atividades educativas, tendo-se a finalidade ampliada de estabelecer novos padrões de qualificação profissional e de relações entre as instituições formadoras e o SUS.
- Articulação de rede: arranjos de cursos e processos formativos que possibilitem induzir interações com as diferentes instâncias/serviços, entidades representativas de classe e outros setores, com a perspectiva de ampliação e fortalecimento de rede de ações e compromissos.

Nova Digital Publishing Impress

Os resultados trazidos nas dimensões de análise demonstram que todas essas diretrizes se engendraram nos movimentos do curso, daí a reafirmação de suas potencialidades para o horizonte de outras experiências.

DA AMPLIAÇÃO DE REDES PARA SUSTENTABILIDADE DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

A diretriz de articulação de redes mencionada anteriormente é aqui enfatizada com dois objetivos especiais: de um lado, para ressaltar a multiplicidade de *nós* e *fluxos* que se instituíram na *rede do curso*, isto é, destacando-se a amplitude e intensidade de interações estabelecidas. E também ressaltando que se tratou de interações desde as mais *espontaneamente inventadas* no cotidiano de trabalho, para além do previsto/prescrito, como as situações em que se precisou negociar o equilíbrio de vagas/atividades entre alunos de vários cursos (especializações e residências) em um mesmo lugar (e participação de todos em algumas atividades como aulas), ou nos movimentos, também inicialmente *espontâneos*, que propiciaram a participação de colegas de equipe nas atividades do curso, até conexões formais (mas também não previstas) com instâncias gestoras, entidades e setores, estabelecidas no meio do caminho, para garantir atividades do curso (indissociadas de intervenções no trabalho). Isso, entre vários outros sinais, revela como o curso se espalhou, ou melhor, a sua *potência de se espalhar*, numa lógica de ramificação efetivamente rizomática (Deleuze; Guattari, 1995), em várias direções. E mais uma vez se observa o trabalho se fazendo forte em meio a vários *encontros* e ao *debate entre o previsto e os desafios do real,* âmbito de importância inquestionável em se tratando de se garantir a realização daquele trabalho (exigindo regulagens para não se imobilizar ou inviabilizar o curso/ações diante das resistências ao que se propunha). E, mais: encontros potentes na formação-cuidado, pelo compromisso que geravam, como por exemplo, ouvindo os trabalhadores-alunos observarem que o compartilhamento de está-

gios ali no trabalho fortalecia, mutuamente, a estratégia da residência junto com a especialização.

De outro lado, retoma-se a perspectiva de rede para alertar sobre os nós e fluxos que precisam se fortalecer estrategicamente, contando-se com a força também daquilo que vem instituído e contribui na sustentação do processo. Aqui os exemplos remetem ao que os próprios sujeitos destacaram de suas vivências e percepções, como por exemplo: a importância da presença indutiva do MS por meio da Rede Cegonha, projeto ao qual o curso se vinculava, e assim essa institucionalidade favorecia a abertura ou a *menor resistência* do serviço à proposta formativa; a agenda de supervisão que o MS fazia aos serviços vinculados à Rede Cegonha (onde também havia alunos do curso); a articulação entre os cursos de Aprimoramento e de Especialização, fortalecendo-se os campos de estágio pela estratégia de inserir enfermeiros desses locais nos cursos de Aprimoramento (realizados em hospitais de referência selecionados) e assim melhor desempenharem a função de preceptoria e apoio aos especializandos nas intervenções.

Esses aspectos do instituído potencializaram o desenvolvimento do curso, inclusive despertando interesse dos trabalhadores em se qualificar e se titular por meio de um projeto do MS. Ao mesmo tempo, foi nesse mesmo contexto que os trabalhadores-alunos também observaram lacunas que podem ser objeto de atenção nas próximas experiências. Dizem respeito à expectativa de pactuações e controle mais consistentes entre o MS e gestores dos serviços, que são parte integrante do SUS, e que deveriam (os serviços) se comprometerem mais ativamente com as contrapartidas para sua qualificação. Citam, por exemplo, gestores que formalizaram o compromisso de liberação de trabalhadores para o curso, com o critério de os manterem contratados por um período de tempo após a formação, mas tendo havido demissões no decorrer do curso (com interrupção de ações consideradas importantes para o serviço); casos usuais de alternâncias de gestores com consequente demissão/troca de toda a equipe, comprometendo os projetos de intervenções. A propósito, trazemos também como provocação a expectativa de

maior protagonismo de cursos como estes em abrigar essas situações como pauta avaliativa específica. Aqui lembramos situações equivalentes em outros projetos (Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011), onde houve demissões com a entrada de novos gestores municipais, e com as quais lidamos seguindo ao máximo a premissa avaliativa de *inclusão* do imprevisto como *evento analisador*. No caso em questão, construiu-se uma linha de análise-intervenção, envolvendo as equipes numa pauta voltada para a *precarização dos contratos de trabalho* e o *sentido/sustentabilidade de projetos de intervenção.* O grupo entendeu que se um trabalhador se encontra numa frente em que se propõe a produzir um plano de intervenção que altere os modos de fazer atenção e gestão, é necessário acompanhar de que forma a fragilidade dos contratos pode ser um fator interveniente. Por outro lado, discutiu-se o *grau de participação dos gestores dos serviços* e a *relação entre as esferas de governos na construção de redes* e os respaldos e corresponsabilização com as intervenções. Em torno desses âmbitos foi possível definir um cardápio de indicadores trabalhados nos espaços colegiados existentes, desdobrando-se em diversas rodas que buscavam abordar as singularidades de cada território. Naquela experiência, portanto, a avaliação se ajustou com novos âmbitos e indicadores tomados como focos de análise, possibilitando tomadas de decisão compartilhada e redefinindo rumos e estratégias de intervenção.

Para a sustentabilidade do *movimento-curso* aqui abordado, trabalhadores-alunos e equipe envolvida também mencionam a necessidade de um processo sistemático de acompanhamento dos egressos, inclusive articulando sua colaboração na formação de novos enfermeiros, seguindo-se compromissos pactuados na contratualização do curso.

Ponderados os desafios para novas experiências, vale enfatizar que, na perspectiva de rede aqui trazida, a constituição da *rede do curso* configura-o efetivamente como uma *política pública*, tanto no sentido de sua institucionalidade no âmbito de projetos ministeriais/do SUS, de sua finalidade de mediar a implementação de uma política de atenção e, especialmente, *pública* por se *fazer no coleti-*

Nova Digital | Prohlída Impress

vo, como se compreende na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). E o curso assim se constituiu: como política feita no coletivo, para muito além da execução de uma portaria.

DO DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL COMO REFORÇO A ROTAS QUE AUMENTAM O PODER DE AGIR COLETIVO

As experiências que estamos buscando articular no objetivo de mudança de modelo de cuidado ao parto não podem se resumir ao foco da enfermagem obstétrica. São uma convocatória à efetiva multiprofissionalidade da atuação nesse campo. Almejam ampliar o debate sobre projetos de formação multiprofissional, estimulando-se que se tornem uma realidade transversal no SUS. Que se expandam, ajudando a fazer entender que podem vir para melhor delinear funções de núcleo e de campo e assim se interpenetrarem para fortalecer a prática do cuidado ao outro e interprofissionalmente.

Trata-se de propostas que induzem a uma postura formativa e de pesquisa-intervenção, questionando o instituído e ampliando a participação dos sujeitos em processos investigativos do trabalho/do próprio fazer. Intenciona-se que se aproximem da ideia de comunidades ampliadas de pesquisa, envolvendo múltiplos atores em apropriação dos processos e efeitos, em atitude exploratória do trabalho, em experimentações e em coprodução de conhecimento-ação num campo em que isso é em si mesmo um movimento de ruptura, de inauguração de novas práticas e sentidos.

Os cursos e outros projetos devem possibilitar e induzir experimentações. Instituírem-se como saber-prática (intervenção) voltados para o enfrentamento de situações que podem ser compreendidas como de vulnerabilidade em vários sentidos, uma vez que se trata de realidades conflituosas para usuários (mulheres), trabalhadores e gestores, em contextos de (o)pressão e várias formas de alienação.

É interessante lembrar o que Clot (2010) menciona como sofrimento por uma *atividade impedida* e perda do poder de agir. Na enfermagem, mas também em outras profissões, isso merece ser explorado, considerando-se as visíveis situações atuais de sofrimento, adoecimento e insatisfação no trabalho. O trabalho-atividade, segundo Clot, é invenção de possibilidades de vida, algo portanto que fica comprometido nos contextos de seu impedimento.

Os processos formativos devem pretender, cada vez mais, o engajamento no *todo do trabalho*, promovendo-se que enfermeiros e outros profissionais *saiam de si* rumo a uma perspectiva coletiva.

A formação assim conduzida é um dispositivo que permite o enfrentamento das prescrições impostas por um saber hegemônico. Assim é dispositivo que aumenta o poder de agir e melhor uso de si, impactando como produção de sujeitos (mais autônomos) e de mudanças nos processos e paradigmas. Nesse contexto a articulação de competências profissionais específicas e ampliadas é que sustenta a ampliação da potência de agir coletiva. A força viva dos projetos multiprofissionais, reafirma-se, é a compreensão do trabalho sempre como perspectiva coletiva, perspectiva que desafia ao entendimento de que os sujeitos só conseguem firmar seus projetos ao se pensarem como coletivos. Na Educação e no SUS essa premissa assume dimensão técnica, ética e política, de impacto direto em sua sustentação e inovação como política pública do cuidado.

CONCLUSÃO PROVISÓRIA: DO DESAFIO DA AVALIAÇÃO A SERVIÇO DA MUDANÇA DE PRÁTICAS

Nas produções sobre avaliação em saúde focando objetos complexos no campo da humanização ou em alargamento de dimensões avaliativas, tem-se alertado sobre a necessidade de se avançar na cultura de avaliação de uma política pública, pelo compromisso de prestações de conta sobre seu desempenho, mas também pela oportunidade de se fazer ampliando as metodologias e a inclusão dos sujeitos na investigação e produção de conhecimento sobre seu próprio fazer (Santos Filho, 2007, 2014).

Nova Digital | Prova da Impress

É desde essa referência (Santos Filho, 2007, 2010; Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011) que se aponta "para o desafio de avaliar não somente os aspectos tradicionais do desempenho de um determinado projeto mas, sobretudo, levantar aspectos indicativos de *como ele tenha se operado*, buscando aí as diferentes dimensões de transformações em seu entorno." Isso só se pode fazer com a ampliação ou invenção de perguntas que não correspondam somente aos elementos objetivos do projeto, mas que digam de processos situados no *entre* desses elementos. Para os autores, o horizonte dessas perguntas passa pela interrogação sobre "como avaliar se um grupo se tornou mais sujeito (em meio a uma intervenção)", "se um sujeito se tornou mais protagonista..." Tais questões devem levar em conta que "a produção de novos sujeitos singulares passa necessariamente pela construção de um novo plano de subjetivação, necessariamente coletivo". Põe-se assim uma questão central: "que alterações nos processos de trabalho e subjetividades a avaliação pode explorar e gerar quando opera segundo o princípio da transversalidade?" (Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011).

Remete-se assim a objetos, como o curso em pauta, que, apesar de um arranjo concreto que o cerca e o define como tal, é dotado de uma certa imaterialidade, trazendo o desafio de nela se explorarem múltiplas dimensões de subjetivação. Seguindo com esses autores, diz-se que "o *entre* aponta para um plano de constituição da realidade em que múltiplas forças se agenciam para compor e dar forma aos objetos formalizados e instituídos, resultantes das práticas. Apostar numa dinâmica transversal parte da aposta de que avaliar não é desvelar uma realidade, mas explorar e desestabilizar os objetos instituídos e identificados a um campo delimitado, para liberar, explicitar e potencializar as forças instituintes que estejam interferindo vivamente naquela realidade e que podem engendrar novas realidades. Existe, portanto, nesta aposta, uma inseparabilidade entre avaliar e intervir". Alertam também que "há que se cuidar para dar visibilidade ao que se apresenta nos *entres* do processo de trabalho e da prática, ao mesmo tempo atentando, tanto para os desafios de dimensionamento dos processos e efeitos, quanto para

os limites de qualquer técnica avaliativa em sua capacidade de representar a totalidade da realidade e de seu poder (tecnoinstrumental) para estabelecer associações causais entre ações e efeitos" (Santos Filho; Souza; Gonçalves, 2011).

Observe-se que o curso aqui avaliado o foi no sentido de um *acompanhamento avaliativo* que o ajudou a *potencializar e explicitar forças instituintes* na direção das mudanças desejadas num modelo instituído de atenção, gestão e formação. Coube a eles (ao curso e à avaliação) a função de intervenção, gerando tensões e deslocamentos, isso sendo seu principal movimento em contribuição à transformação da realidade.

Vista no entre da *norma e renormatização* (Schwartz, 2011), a avaliação esteve atenta em pôr em relevo os *movimentos investidos,* que também chamamos de *efeitos-processos.* Assim não se aprisionou na mensuração binária (do sim e do não) de implantação de uma prática ou de um aprendizado, mas se ocupando dos arranjos/movimentos com os quais eles se viabilizam (configurando intervenções, aprendizagens, competências...).

Visto à luz do conceito de *produção de serviço* (Zarifian, 2001a), o curso assim se instituiu – como *serviço útil* –, porque se fez como movimento gerador de alteração das *condições de existência* dos sujeitos com ele envolvidos.

Demarcarmos essa conclusão como provisória para com ela seguir em conversa avaliativa. Assim abrimos uma outra seção que não queremos intitular de anexo, porque é essencialmente integrante do movimento narrado até aqui e, mais do que o complementa, amplia-o, insistindo em reverberar nossa perspectiva de rede, continuando, ampliando, multiplicando, desvelando processos e efeitos.

COMO OS PROCESSOS-EFEITOS FORAM SE AMPLIANDO?

Neste tópico encontra-se a sistematização de um processo avaliativo que se seguiu à finalização do curso. Tal processo valoriza

o curso e a avaliação, já que se (re)afirma na capacidade de mostrar processos e efeitos (lembrando também da ideia de efeitos-processos), mas, mais do que isso, porque se afirma em coerência ao desafio político e metodológico de *acompanhar* um projeto público.

Assim foi realizada uma investigação que possibilitou ampliar as *informações* do que veio acontecendo no rastro do projeto (curso), não se tratando de momento pontual de busca de resultados e sim processo compondo a proposta de acompanhamento avaliativo ampliado de um movimento.

Feito esse destaque, nos tópicos seguintes estão sistematizados dados produzidos com os atores envolvidos, a partir de uma pesquisa realizada 1,5 ano após a finalização de todos os cursos da rede multicêntrica. Seguindo o modelo referencial, o instrumento foi construído com questões dele derivadas, refletindo as três dimensões de interesse. Na apresentação a seguir usa-se também a mesma lógica de organização das informações e diálogos.

ESCUTA DE ALUNOS E COORDENADORES NAS DIMENSÕES AVALIATIVAS

Do total de coordenadores/equipes de condução do conjunto de cursos, 93% participaram deste momento da pesquisa. Do total de alunos-trabalhadores, a participação foi de cerca de 60%.

O enquadramento das respostas obedece às seguintes categorias: (1) não se observaram alterações no trabalho acerca do que se perguntava; (2) sim, observando alterações em movimento pouco relevante; (3) sim, observando alterações em movimento relevante e; (4) sim, observando alterações em movimento muito relevante.

Nova Digital | Proibida Impressão

DIMENSÃO 1: DINÂMICA DO CURSO, MODOS DE SUA CONDUÇÃO E CAPACIDADE DE ARTICULAR REDES

Contempla:

- Itens para captação de informações/impressões/percepções dos coordenadores sobre o modo de organização do curso, modos do envolvimento como coordenadora e modos de envolvimento e funcionamento da equipe de condução (coordenadores, professores, preceptores e outros atores) e relações institucionais. Solicitou-se às coordenadoras manifestarem dizendo de suas observações e percepções, levando em conta o que tenha sido vivido no período do curso e incorporado como aprendizagens subjetivas e organizacionais.
- Percepção dos alunos-trabalhadores a partir de itens indicativos da capacidade do curso em *se desenvolver-ajustando-se* aos propósitos de uma formação ampliada e às necessidades/desafios surgidos no percurso, com alinhamentos da escola/equipe em sua condução e fomentando a articulação de redes.

Quadro 1.1. Percepção dos coordenadores: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 1.

Organização/arranjos do curso e aprendizagens no entorno	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Na organização e condução do curso gerou-se oportunidade de:				
Articular redes, no sentido de interações entre a IES e diferentes instâncias/serviços, entidades de classe e outros setores (COREN, ABENFO)	0	17,2	34,5	48,3
Aumentar o grau de interação entre a IES e serviços da rede SUS	0	10,3	55,2	34,5
Aumentar o grau de interação entre os professores (entre colegas da IES), no sentido de conversas sobre o curso, sua localização/importância no âmbito da IES e no âmbito dos serviços, os desafios de seu desenvolvimento, etc.	0	10,3	48,3	41,4
Professores se envolverem em ajustamentos de planos de ensino, cuidando em manter coerência com as expectativas postas para o curso	0	0	55,2	44,8
Alinhamentos teórico-metodológicos sobre o curso e seus campos de interesse	0	0	58,6	41,4
Investimento especial para incorporação dos instrumentos de diagnóstico-avaliação e de planos de intervenção	0	6,9	44,8	48,3
Ajustamento de processos/agendas/ações/etc. conforme as necessidades surgidas em seu percurso	0	10,3	51,7	37,9

(*continua*)

Nova Digital - Prioridade Impress

Quadro 1.1. Percepção dos coordenadores: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 1. (*continuação*)

Organização/arranjos do curso e aprendizagens no entorno	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Na organização e condução do curso gerou-se oportunidade de:				
Contribuição para a realização de concurso ou abertura de vagas para EO nos serviços (novas vagas ou vagas para as que já se encontravam em atuação)	6,9	34,5	17,2	41,4
Incentivos para que a EO tornasse pauta estratégica nos espaços institucionais da região/estado, movimentando-se para: qualificação profissional, ampliação do registro no COREN, formação/fortalecimento de seccionais da ABENFO e de grupos de trabalho	0	10,3	55,2	34,5
Incentivos para ampliar/fortalecer a presença da EO junto a movimentos sociais e outros afins	10,3	27,6	37,9	24,1

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Quadro 1.2. Percepção dos alunos: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 1.

Organização/arranjos do curso e articulação de redes	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Em sua observação/percepção, a organização do curso gerou oportunidade de:				
Articulação de redes, no sentido de interações entre IES e diferentes instâncias/serviços, entidades de classe e outros setores (COREN, ABENFO)	1,5	14,1	47,4	37
Aumentar o grau de interação entre IES e serviços da rede SUS (como por exemplo o serviço onde você trabalha)	0,7	11,1	41,5	46,7
Promover interação entre coordenação, professores e preceptores, no sentido dos alinhamentos necessários ao desenvolvimento do curso	1,5	6,7	38,5	53,3
Promover a incorporação dos instrumentos de diagnóstico-avaliação e de planos de intervenção	0	6,7	43,7	49,6
De ajustamento de processos/agendas/ações/etc. conforme as necessidades surgidas em seu percurso	1,5	5,9	48,1	44,4

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Observar, pela marcada concentração de respostas nos campos 3 e 4, convergindo percepções dos coordenadores e dos alunos:

- A afirmação do curso em seu desafio de *se inovar em termos de organização e abordagens* e especialmente possibilitando maior protagonismo dos alunos em seu percurso, inclusive no campo avaliativo, isto é, atentos em avaliar a capacidade de ajustamentos como previsto em seus desafios.
- Isso se pode destacar nos itens cujas respostas dizem dos ajustamentos mais técnico-pedagógicos, como a percepção sobre a incorporação dos instrumentos de diagnóstico-pla-

nejamento (representando inovações no sentido de direcionar ou potencializar a proposta de formação-intervenção), nos movimentos de maiores aproximações interinstitucionais e também nos ajustamentos gerais conforme as necessidades do percurso.

- Forte presença do curso com influência em importantes direções de interesse da EO, em âmbitos político, organizacional, formativo, técnico e outros que contribuem em sua institucionalização e interlocuções científicas e sociais.

DIMENSÃO 2: OS TRABALHADORES-ALUNOS E A DINÂMICA DE SUA INCLUSÃO E ARTICULAÇÃO EM EQUIPE

Contempla:

- Itens solicitando aos coordenadores dos cursos a se manifestarem a partir de sua percepção e/ou acompanhamento direto ou indireto dos movimentos disparados com o curso e sua influência nas condições de inserção/autonomia dos profissionais.
- Aspectos essencialmente relacionados à perspectiva do protagonismo dos alunos e equipes em situação de trabalho, com itens que dizem de como isso se revela na prática concreta do serviço, nas relações e atitudes.

Quadro 2.1. Percepção dos coordenadores: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 2.

Inserção no trabalho e integração em equipe	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
É possível observar mudanças nos seguintes sentidos:				
De maior/melhor inserção da EO na assistência ao parto e nascimento	0	3,4	44,8	51,7
De maior/melhor inserção da EO na lógica de trabalho em equipe na atenção ao parto e nascimento	0	6,9	48,3	44,8
De ampliação dos horizontes de sua participação ou atuação (político e técnica) nos espaços de trabalho para além de inserção na assistência	0	17,2	44,8	37,9
Nas posturas de profissionais e gestores no sentido de maior abertura para incorporação das chamadas boas práticas de atenção ao parto e nascimento	0	6,9	58,6	34,5

(*continua*)

Versão Digital - Proibida Impressão

Quadro 2.1. Percepção dos coordenadores: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 2. (*continuação*)

Inserção no trabalho e integração em equipe	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
É possível observar mudanças nos seguintes sentidos:				
Nas relações institucionais de trabalho, envolvendo os trabalhadores e chefias, com oportunidade de maior/melhor inclusão do enfermeiro na organização do serviço	0	13,8	58,6	27,6
No sentido de espaços/agendas abertas ou aprimoradas para discussões coletivas (integrando a enfermagem) das práticas, diretrizes, protocolos e outros equivalentes	0	20,7	55,2	24,1
Na capacidade de construção de projetos de intervenção com potência para alterar ou qualificar os processos de trabalho e práticas assistenciais	6,9	20,7	37,9	34,5

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Quadro 2.2. Percepção dos alunos: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 2.

Inserção no trabalho e integração em equipe	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
A partir de minha vivência/experiência, percebo:				
Maior/melhor inserção, como EO, na assistência ao parto e nascimento	0,7	0,7	25,3	73,3
Maior/melhor inserção na lógica de trabalho em equipe na atenção ao parto e nascimento	0,7	1,5	23,7	74,1
Maior abertura nas posturas de profissionais e gestores no sentido de incorporação das chamadas boas práticas de atenção ao parto e nascimento	0,7	3,7	35,6	60
Maior abertura nas posturas de profissionais e gestores no sentido de inserção/participação da EO	0	5,9	37,8	56,3
Mais espaços/agendas para discussões coletivas (integrando a enfermagem) das práticas, diretrizes, protocolos e outros equivalentes	1,5	6,7	43,7	48,1
Meu crescimento na capacidade de entender o funcionamento do serviço e os fatores que interferem na sua organização e nas relações de trabalho (envolvendo trabalhadores e gestores)	0,7	2,2	34,8	62,2
Meu crescimento na capacidade de avaliar o serviço e construir projetos de intervenção com potência para alterar ou qualificar os processos de trabalho e práticas assistenciais	2,2	1,5	33,3	63
Meu crescimento na capacidade de ajudar a elaborar diretrizes e protocolos orientadores das práticas assistenciais	1,5	3	37	58,5
Que o projeto de intervenção que elaborei no curso contribuiu, tem contribuído ou pode contribuir para alterar ou aprimorar práticas, processos, ações, relações, etc.	0,7	5,2	25,9	68,1
Ampliação dos horizontes de minha participação/atuação (político e técnica) nos espaços de trabalho para além de inserção na assistência	0	5,9	35,6	58,5

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Observar, pela marcada concentração de respostas nos campos 3 e 4, convergindo percepções dos coordenadores e dos alunos:

- A forte influência do curso no que se pode compreender como *inclusão ampliada* dos enfermeiros na prática assistencial e no campo mais amplo político-organizacional, bem ilustrando o aumento de protagonismo na relação com as esperadas mudanças de modelo de atenção e de gestão do trabalho.
- As alterações produzidas no campo das subjetivações, lembrando esse conceito que diz de mudanças nas *situações* e nos *modos de se estar no mundo da vida e do trabalho.* Expressam e/ou realçam posturas, atitudes, movimentos, principalmente no sentido dos deslocamentos que os sujeitos/equipes fazem mediante as situações de trabalho, com elas aprendendo e transformando tanto as situações como a si próprios. Os itens/respostas dizem claramente dessas mudanças.

DIMENSÃO 3: O CURSO E REPERCUSSÕES NAS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS E CUIDADO AOS USUÁRIOS

Contempla:

- Os sinais que os coordenadores e alunos observam de mudanças nos serviços, quanto às suas práticas e cuidado aos usuários, a partir dos movimentos disparados com o curso.

Quadro 3.1. Percepção dos coordenadores: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 3.

Práticas de atenção e gestão que foram implementadas ou readequadas nos serviços	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
É possível observar mudanças nos seguintes sentidos:				
Nas práticas das equipes/serviços, com eliminação/redução de práticas e procedimentos desnecessários e adoção/aumento/aprimoramento das chamadas boas práticas de atenção ao parto e nascimento	0	10,3	44,8	44,8
Na incorporação de diretrizes, normativas, protocolos ou outros instrumentos de apoio à organização do trabalho e orientadores das práticas assistenciais	3,4	24,1	34,5	37,9
No sentido de sinais de melhor atendimento/cuidado às mulheres/gestantes/bebês	0	3,4	44,8	51,7
Na contribuição para a criação de Centros de Parto normal (intra, extra ou peri-hospitalar)	24,1	31	24,1	20,7

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Versão Digital Protegida Impressão

Quadro 3.2. Percepção dos alunos: subdimensões e itens avaliativos na dimensão 3.

Práticas de atenção e gestão que foram implementadas ou readequadas nos serviços	Respostas em %			
	(1)	(2)	(3)	(4)
É possível observar mudanças nos seguintes sentidos:				
Nas práticas das equipes/serviços, com eliminação/redução de práticas e procedimentos desnecessários e adoção/aumento/aprimoramento das chamadas boas práticas de atenção ao parto e nascimento	0	6,7	37,8	55,6
Na incorporação de diretrizes, normativas, protocolos ou outros instrumentos de apoio à organização do trabalho e orientadores das práticas assistenciais	0,7	9,6	39,3	50,4
No sentido de sinais de melhor atendimento/cuidado às mulheres/gestantes/bebês	0,7	0,7	25,2	73,3

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Observar, seguindo a mesma tendência dos anteriores, que os serviços vêm se mobilizando no rumo de mudança do modelo de atenção, em consonância com as perspectivas abertas com o curso. Isso se reflete na adoção de estratégias e instrumentos de alteração ou qualificação das práticas que permeiam as relações de cuidado. Sabe-se também que muitos serviços têm incorporado a cultura de 'escuta sistemática' das usuárias/familiares, criando oportunidade para avaliar seu grau de satisfação com o atendimento recebido, isso mesmo representando iniciativas de cuidado humanizado, ampliando o protagonismo tanto das mulheres como das equipes.

Aproveitamos as respostas obtidas nesta dimensão para concluir os destaques feitos anteriormente, todos convergindo para indicar os *efeitos-processos disparados com o curso*. Sua finalidade, portanto, veio se cumprindo e, de modo estratégico, o acompanhamento avaliativo possibilita partir desses sinais para a ampliação de conversas sobre os fatores aí presentes, os desafios que permanecem e as perspectivas de sustentabilidade dos movimentos disparados.

Nos tópicos seguintes essas análises estão complementadas com os relatos que os sujeitos articularam ao usar o roteiro avaliativo como dispositivo que os possibilitasse ampliar reflexões.

Manifestações dos coordenadores e alunos ilustrando a articulação/ampliação de redes de cuidado, de formação, de interações interinstitucionais, com movimentos sociais e de mulheres, e também ampliação de experiências inspiradas nos referenciais do curso:

- Docentes do curso se motivaram e mobilizaram para participar da diretoria da ABENFO.
- Alunos do curso passaram a compor os quadros da ABENFO.
- Alunos se estimularam a ampliar sua formação em cursos de mestrado e doutorado.
- A articulação IES, COREN, ABENFO ficou fortalecida e isso refletiu na inclusão do EO em pautas, movimentos, audiências, comissões e comitês.
- Ampliou-se a atividade de coordenação, abrangendo projetos de extensão em forte parceria com o serviço.
- Participação ativa em iniciativas correlacionadas ao projeto do curso, como o caso do APICE-ON (parceria do MS e UFMG para aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia), voltado à mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento.
- Participação ativa de movimentos de mulheres pela educação e identificação de situações de violência obstétrica, fortalecendo-se para sua denúncia e combate.
- Muitas enfermeiras puxaram grupos multiprofissionais para atendimento ao parto.
- Maternidades se mobilizando para oferecer residência em EO e já estruturando projetos.
- *"Houve um grande avanço na elaboração interdisciplinar de projetos de pesquisa e extensão entre os cursos de graduação em enfermagem, medicina e pós-graduação em enfermagem obstétrica, jamais vivenciada anteriormente. Além da participação da academia nas discussões e reuniões de serviço."*
- *"O projeto de pesquisa que coordeno, desenvolvido na maternidade que foi campo de prática das especializandas, foi ampliado a partir de demandas dos projetos de intervenção desenvolvidos pelas especializandas, tendo parceria com egressas e tutoras no planejamento e execução, inclusive incentivando a presença delas em bancas de TCC."*
- *"Houve um grande avanço na assistência ao parto e nascimento, inclusive no setor privado, com a inauguração de uma maternidade em um grande hospital com a contratação das egressas do curso, indicando um grande avanço para a nossa região."*
- *"Houve um desdobramento amplo e profundo na inserção/atuação da EO no nosso município a partir do curso, culminando na oferta de curso no mercado mais amplo."*

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Manifestações dos coordenadores e alunos acerca de mudanças percebidas em seu modo de pensar, de agir, de ser professor, coordenador, trabalhador/profissional, de conduzir projetos, de estar nas interações com colegas e interinstitucionais:

Aqui optamos por listar todos os depoimentos de coordenadores e alunos, muitas vezes repetindo a mesma ideia, mas se tratando de *repetições* que importam para mostrar o amplo alcance das reverberações e deslocamentos que têm sido produzidos nos sujeitos e suas práticas. Observar que a ampliação de conhecimento é um destaque recorrente, mas observar principalmente como se *ampliam os usos* de tal conhecimento em âmbitos clínico e político, e como aparecem subsidiando ou potencializando outros modos de se posicionar no trabalho,

para além do aspecto técnico da assistência e/ou do ensino. Consideramos que esses depoimentos são estratégicos para finalização do capítulo, retomando-se a ideia de curso-movimento, tão bem reverberando nos serviços/escola e no corpo dos sujeitos.

Os coordenadores dizem:

- *"O curso foi um divisor de águas, representou um outra forma de fazer, de ser, de construir. O Ensino, a produção de novos conhecimentos."*
- *"A experiência de gerenciar um curso, com regimentos diferentes da instituição de origem contribuiu para aprender outras ferramentas e formas de atuação nos diversos papéis desenvolvidos (docente, orientadora, coordenadora)."*
- *"Amadurecimento na visão dos processos administrativos, gerenciais ensino e coordenação."*
- *"A coordenação do curso também proporcionou uma aproximação com a complexidade envolvida no planejamento e execução de pós-graduação, com a gestão dos serviços de saúde, sendo um ponto muito positivo para outras atividades acadêmicas."*
- *"Destaco o trabalho em rede como a oportunidade de mudança do ser professora, porque me fez sair dos muros universitários."*
- *"A experiência de construção dos planos de intervenção foi importante para minha atuação como docente."*
- *"Como sou docente no curso de graduação, a participação no curso de especialização trouxe profundas mudanças em minha prática como professora: desde a perspectiva do plano de ensino, a metodologia, a organização e coordenação de grupos de pesquisas, etc."*
- *"O trabalho no curso me oportunizou rever conteúdos e metodologias de ensino, assim como introduzir unidades nas aulas de graduação, orientar trabalhos de conclusão de curso em nova forma de assistência EO e criar projeto de extensão para melhor assistir mulheres e suas famílias que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal."*
- *"Reafirmou em mim a importância de trabalharmos o coletivo, a fim de darmos visibilidade ao trabalho de enfermeiras obstétricas."*
- *"Reconhecer que o movimento formação-intervenção pode ser levado para todos os ambientes, graduação, residência, atualização, e cenários práticos, desde a atenção primária até a alta complexidade."*
- *"Aprendizado na condução de processo de avaliação na base da formação-intervenção."*
- *"Me proporcionou um olhar diferenciado sobre as pesquisas, e que podemos contribuir com o serviço sob um olhar científico, baseado em evidências científicas."*
- *"Acredito que a principal mudança em meu modo de pensar foi passar a acreditar mais na força da formação em rede."*
- *Amadurecimento profissional, especialmente, pela pouca experiência anterior ao curso.*
- *"Uma mudança ocorrida foi a compreensão da importância dos projetos de intervenção como trabalho de conclusão de curso e suas repercussões nos serviços. Outro ponto relevante de mudança em minhas práticas se deu pela incorporação da 'problematização' como método para a construção do conhecimento e mudanças nos processos de trabalho."*
- *"A visão da formação alinhada com as necessidades apresentadas pelas trabalhadoras-alunas em seu cotidiano laboral."*
- *"As estratégias e métodos utilizados no curso, possibilitando encontros diversificados com os diferentes atores envolvidos e trocas de experiências (com colegas/tutoras/coordenação/alunos) 'revigorou minha vida no magistério'."*

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Nova Digital Versão Impressa

Os alunos dizem:

- *"Mudou tudo na minha visão de vida." "E tudo foi importante para meu crescimento profissional."*
- *"Compreensão de que o protagonismo do parto deve ser da parturiente e não (domínio) da equipe que presta assistência."*
- *"Mudança no sentido de dar mais valor à enfermeira obstétrica nos serviços de saúde."*
- *"O amadurecimento foi a principal mudança. A partir dele consigo ter um senso crítico sobre as intervenções que ainda preciso realizar para melhorar a cada dia a assistência."*
- *"A valorização do bem-estar do ser humano, partindo de ideias antes incompreendidas por um prisma genérico, hoje esclarecido pelas pesquisas e vivências."*
- *"O curso me fez despertar para a importância de uma assistência adequada a gestante e suas famílias."*
- *"A importância da interação do cuidado com a necessidade individual."*
- *"Minha prática assistencial e meu modo de agir diante de situações que ocorriam no meu local de trabalho."*
- *"O meu empoderamento dentro do meu setor de trabalho."*
- *"Mais segurança nas discussões."*
- *"Ampliei meus conhecimentos teórico-práticos, sendo capaz de discutir com profissionais de outras categorias mostrando propriedade acerca dos assuntos relacionados à temática."*
- *"Ganho de autonomia nas práticas que exerço no meu ambiente de trabalho."*
- "*Domínio da prática e firmeza no agir, maior consciência do processo e assim maior possibilidade de sensibilização da equipe."*
- *"Sinto bem em poder trabalhar com as orientações necessárias*", com segurança e autonomia para abordar as mulheres em suas demandas, por exemplo conversando *"com aquelas que chegam ao pré-natal defendendo cirurgias cesarianas."*
- *"Me sinto segura ao assistir as mulheres e também mais segurança em posicionamentos divergentes com os colegas; sempre que posso faço colocações de melhorias para o serviço."*
- *"Desenvolvi um senso crítico para as dificuldades encontradas. Maior suporte teórico e prático para debater com segurança intervenções desnecessárias."*
- *"Postura e contra-argumentação baseada nas boas práticas e evidências científicas atuais, na forma de participação de reuniões e discussões de casos, nas construções buscando a mudança para protocolos interdisciplinares de assistência ao parto e visão ampliada das necessidades da minha equipe e das mulheres atendidas no serviço."*
- *Tenho uma visão mais crítica sobre os processos que envolvem a assistência a paciente como um todo."*
- *"Melhor assistência à mulher, com maior respeito à sua identidade, cultura, desejos, seu corpo, e mais ainda, na detecção precoce de alterações em saúde que implicam em mortalidade materna."*
- *"Vejo muito mais a mulher, muito além da barriga, com todas as suas lutas e histórias, e como tudo isso influencia no que ela é e como enfrenta o ciclo gravídico-puerperal."*
- "*Melhorei minha forma e postura de assistência."*
- *"Não tinha familiarização com as boas práticas no parto e nascimento. Percebi o quanto positivamente isso me proporcionou uma visão maior do quanto a mulher tem autonomia de atuar no seu parto."*
- *"Meu modo de agir mudou muito, mais profissional, com maior conhecimento e propriedade"*
- *"Me tornou mais segura com relação à teoria e prática profissional obstétrica. Mudou completamente minha postura e tomada de decisão no serviço onde atuo."*
- *"Me sinto melhor preparada perante a equipe para discutir situação de conflitos."*
- *"Como me posicionar diante de outro profissional."*

Nova Digital - Prova da Impressão

- *"Houve mudança total na forma de agir em relação ao cuidado e na quebra de paradigmas, tendo mais voz ativa, me preparando para poder dar opiniões e a busca por mudança."*
- *"Autonomia, confiança e muita credibilidade no trabalho e vida profissional."*
- *"Foi difícil conseguir espaço, para interações com gestores e profissionais médicos, mas aprendi que minha autonomia como enfermeira obstétrica eu levarei comigo pra qualquer lugar."*
- *"Proatividade, entendendo que posso ser elemento transformador de minha realidade."*
- *"Ampliação da visão para além do aspecto assistencial como qualificador da assistência."*
- *"Não ter medo de apresentar novas propostas de trabalho."*
- *"Desenvolvi a capacidade de criar novos projetos intervenção e entender como sou "agente" capaz de mudar uma realidade."*
- *"Aprendi a desenvolver projetos de intervenção e passei a assinar os partos realizados."*
- *"Mudança na paciência na assistência ao parto."*
- *"Despertei a consciência da construção coletiva nas intervenções; ficou mais nítida a rede de integração na qual estamos inseridas."*
- *"A mudança foi na perspectiva do trabalho em equipe."*
- *"A interação entre profissionais e gestores."*
- *"Passei a ver esse campo com mais atenção, ao tempo em que consigo diagnosticar problemas e levantar possíveis soluções, como também discuti-las com os colegas de trabalho."*
- *"Compreensão de que a redução da violência obstétrica passa pelo empoderamento das gestantes na maternidade."*
- *"Tenho melhor autocrítica, me vejo hoje com poder de auxiliar na mudança de assistência não só na instituição em que estou, mas como alguém que pode e quer contribuir para uma assistência melhor em toda a rede, e sei o quanto será importante nos mobilizarmos para isso."*

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

CONCLUINDO COM DESAFIOS

Em todo esse percurso formativo-avaliativo, cuidamos em abordar lacunas e limitações sempre na perspectiva de *desafios*. Isso diz de uma *escolha* articulada à ética-estética-política que move nossos fazeres, onde a perspectiva do desafio bem se ajusta por se referir ao *que podem os coletivos*. Esse horizonte diz portanto de uma postura político-metodológica radical, a de compreender que o mundo da vida e do trabalho está sempre em condição provisória, sempre à espera do que nele se possa alterar, e isso sendo possível apenas se, e desde que, os sujeitos/coletivos se engajem na construção dos possíveis que os interessem, à luz da ética do cuidar em saúde, em nosso caso, cuidar literalmente da produção da vida. Adiante, então, com os desafios da transformação dos modelos de atenção, gestão e formação!

Nova Digital | Proibida Impressão

Como diz uma aluna-trabalhadora:

"Estamos num momento de discussão e debates de práticas não (só) mensuráveis por indicadores da assistência... E nesse movimento, às vezes lento (de dois passos para frente e um passo para trás), vamos avançando no trabalho corpo a corpo, nas conversas, no chamamento dos demais profissionais para somar no movimento."

REFERÊNCIAS

Baremblitt GF. O inconsciente institucional. Belo Horizonte: FGC/IFG; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de textos do Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas Ciênc. saúde coletiva 2000; 5:219-230.

Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS. et al (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006.

Ceccim RB, Feuerwerker, LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS Rev. Saúde Coletiva, 2004: 14(1):41-65.

Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.

Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: FGV; 1997.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. Rio de Janeiro: Ed 34; 1995.

Gomes RS, Pinheiro R, Guizard FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005.

Guattari F. Psicanálise e transversalidade. Aparecida, SP: Ideias e Letras; 2004.

Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.

Nova Digital | Prova Impress

Hartz ZMA, Silva, LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Lourau R. El estado y el inconsciente. Barcelona: Kairós; 1980

Lourau R. Análise Institucional e Práticas em Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.

Neves CA, Gonçalves, Roza M, Santos Filho SB. Memória como método cartográfico e dispositivo de formação-intervenção no contexto da produção do cuidado em saúde pública. In: Pinheiro R, Lopes TC. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2010.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2010.

Santos Filho SB. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 12(4): 999-1010.

Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação 2009; 13:603-613.

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí; 2010.

Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalvez L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Onocko Campos R, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes: Campinas: Ed.Unicamp; 2011.

Santos Filho SB. Pesquisa em humanização: articulações metodológicas com o campo da avaliação. Saúde & Transformação Social, 2014; 5(2): 1-10.

Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições, 2000; 5(32): 34-50.

Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007.

Nova Digital | Proibida Impressão

Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli PF, Soboll LA. Clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas; 2011.

Spinoza B. Belo Horizonte: Autêntica; 2014.

Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001a.

Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001b.

Zarifian P. Objetivo Competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001c.

ova Digital – Proibida Impress

Parte 3

Destacando dispositivos e instrumentos transversais

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

Tutoria como dispositivo de formação-intervenção-avaliação

Serafim Barbosa Santos Filho, Kleyde Ventura de Souza, Anézia Moreira Faria Madeira, Bruna Figueiredo Manzo, Clara de Jesus Marques Andrade, Elysângela Dittz Duarte, Ieda Maria Andrade Paulo, Laise Conceição Caetano e Sibyllle Emilie Vogt

Nova Digital - Proibida Impressão

A TUTORIA NO ARRANJO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A previsão de uma equipe de tutoria no arranjo do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) foi desde o início um recurso estratégico para viabilização dos cursos nos territórios e em caráter multicêntrico. Isso foi um próprio pré-requisito para a garantia dos cursos e algo que acompanhou não somente o curso na edição aqui analisada, mas também a edição anterior. A tutoria esteve então na cobertura de um extenso programa formativo envolvendo 20 instituições federais de ensino superior (IES) espalhadas em todas as regiões do país. Em suas múltiplas funções, estiveram em diálogo direto com mais de 200 representantes dessas instituições, em contatos com várias entidades e setores afins, como conselhos/associações de classe, sindicatos, organizações sociais, secretarias de saúde e cerca de 300 serviços/hospitais, além de momentos com os mais de 500 trabalhadores-alunos (contando-se as duas edições do curso).

Neste texto partimos de 'agenda' na qual estiveram envolvidos os tutores do CEEO e a ela articulamos conceitos que ajudam a compreender as potencialidades que interessam ser exploradas. Falamos de *agenda* como *movimento*, fazendo entrecruzar o *prescrito* de suas tarefas e seu trânsito efetivo por entre os territórios do *real*. Aqui importa pôr em destaque o (intenso) movimento operado nessa ponte, dizendo de atribuições, objetos, assuntos, temas com os quais dialogavam, seus interlocutores, instrumentos com os quais interagiram para iniciar conversas, pactuações, monitoramento, avaliações, etc. E, partindo da agenda (registrada nesse primeiro tópico), segue-se dialogando com os aspectos conceituais-metodológicos que perpassaram os movimentos.

DO CONTRATO BÁSICO DE TUTORIA

O conjunto de tutoras foi constituído por professoras da UFMG, algumas já aposentadas e convidadas ao processo. Sua atuação se dava por diversos meios de contatos, virtuais e presenciais. A finalidade central era a de viabilizar na prática a parceria interinstitucional (UFMG e Escolas/IES executoras do curso), conduzindo a implementação dos cursos nos territórios. Em um âmbito especial de atenção, cuidavam em ajudar a identificar (e lidar com) as diferenças de trajetórias das escolas, dos serviços colaboradores e perfis dos trabalhadores-alunos-especializandos. Foi constituído um grupo de oito tutoras, operando em duplas referenciadas para as IES.

Assumiram o apoio-acompanhamento geral do curso, partindo de seu referencial estruturante, por ele guiando-se nas discussões pedagógicas articuladas em três dimensões de planificação e análise (abordadas nos capítulos 1/parte 1 e 1/parte 2 deste Livro): a dinâmica organizativa do ensino, a dinâmica do trabalhador-aluno e o contexto dos serviços de origem dos profissionais. As interlocuções estabelecidas tinham como finalidade principal a de contribuir no arranjo político-metodológico do curso, tornando-o capaz de levar o especializando a ser um agente de mudanças em seus locais de trabalho, no percurso de sua formação.

Nova Digital | Prioridade Impress

Pautando-se nos princípios e diretrizes do projeto, as adaptações pertinentes aos ambientes locais foram sendo produzidas ao longo do tempo. As agendas e contatos permanentes com as equipes de condução deram-se por via presencial ou mediadas por tecnologias comunicacionais e pedagógicas, envolvendo discussões interdisciplinares, estudos e pesquisas conjuntas, conversas a respeito dos alunos e trocas de experiências, avançando-se na formação das equipes em torno dos objetivos do curso e dos recursos metodológicos nele agregados.

VISITAS TÉCNICAS E ATIVIDADES AGREGADAS

A visita técnica presencial foi uma das principais estratégias de interação e supervisão pedagógica e seu funcionamento envolvia: roteiro temático pré-elaborado; cronograma pactuado entre os envolvidos; escolha de ambiente adequado à integração e colaboração para atividades teóricas e práticas atinentes ao projeto pedagógico; articulação do público participante (que envolvia, em diferentes momentos, os representantes da Escola visitada, coordenador local, preceptores, especializandos, apoiadores locais da Rede Cegonha, serviços de saúde) e das pautas com os diferentes participantes, passando por reuniões, oficinas e contatos com profissionais. Entre os grandes âmbitos de pautas, sintetizam-se: os propósitos do Ministério da Saúde com a formação do enfermeiro obstetra como agente de mudanças para o novo modelo de atenção à mulher no processo de parto e nascimento; o Acordo de Cooperação Técnica entre UFMG e IES; as questões administrativas e documentais; as condições de viabilização do curso, abrangendo aspectos do corpo docente, preceptores e disponibilidade de serviços de saúde para a prática; a proposta de desenvolvimento teórico e prático considerando o acompanhamento pedagógico, as normas acadêmicas, o oferecimento de disciplinas, instrumentos de planejamento, intervenções e avaliação, incluindo o trabalho de conclusão do curso (TCC) na forma de projeto de intervenção no trabalho.

Nova Digital Profissional Impress

Uma ação complementar aos encontros usuais foram os contatos e/ou reuniões com reitores, pró-reitores de pós-graduação, procuradores jurídicos, diretores de unidades (escolas ou departamentos de enfermagem, diretores de escola de medicina), gerentes de maternidades, coordenadores de enfermagem das instituições hospitalares e outros, dependendo das características e necessidades locais.

As visitas aos locais de prática como unidades básicas de saúde e hospitais possibilitavam conhecer os serviços, verificar sua adequação para o curso e estabelecer interações para a parceria se realizar. De modo especial, avaliavam-se as condições de vinculação com a mulher e família na assistência ao parto e nascimento, destacando-se a ação do enfermeiro no contexto da equipe obstétrica.

As visitas possibilitaram aos tutores a aproximação das realidades de trabalho tanto das escolas quanto das equipes de saúde, da organização dos serviços e da estrutura das instituições parceiras. Ao mesmo tempo, foram estratégia de conhecimento das condições disponíveis aos especializandos para realização do curso, entre elas os aspectos físicos como (maior ou menor) facilidade de deslocamento entre o local de origem do aluno/local de trabalho e Escola, a liberação pelo serviço, carga horária de trabalho e sua relação com as atividades do CEEO (adequação do cronograma do curso, esquema de plantões, folgas).

Nas agendas pedagógicas com os especializandos foram realizadas dinâmicas de grupo com enfoque nos desafios e possibilidades de atuação do enfermeiro obstetra, nas experiências vividas durante o curso, expectativas futuras e limites ou dificuldades para estar nas atividades.

Em algumas maternidades deparou-se com a não aceitação inicial da atuação do especializando na atenção ao parto, mesmo sob a supervisão de um preceptor. Esse aspecto levou a equipe local e tutores a intensificar a presença nos serviços por meio de contatos e reuniões com gerentes e coordenadores com a finalidade de esclarecimentos acerca da importância do curso, da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, UFMG e a Escola local e com os serviços de saúde. Foram oportunidades também para se tratar dos aspectos éticos

e legais do exercício da enfermagem e inserção no modelo colaborativo de atenção à mulher conforme determinação das políticas públicas de saúde do país. Em alguns estados foram necessárias visitas específicas para essa questão, resultando em abertura de caminhos, de reforço de alianças ou busca de novas parcerias.

Abrangendo todos esses sentidos e focos das visitas técnicas, ela é destacada pelas tutoras como um recurso que se mostrou eficaz não só para a articulação e integração entre a própria equipe de tutoria (na UFMG) e com as IES, mas também no gerenciamento da atividade de ensino e das suas questões/problemas locais. Foi também uma estratégia que permitiu vislumbrar e aglutinar vários aspectos do ensino em realidades distantes e plurais. A presença dos tutores nas visitas conferiu suporte aos docentes e preceptores locais para negociar espaços de atuação nos serviços e diálogos com as equipes e gestores em toda a rede de serviços. E nesses serviços buscando (re)articulações com enfermeiras obstetras já formadas/aprimoradas pelo Ministério da Saúde, programando-se sua inserção em atividade de preceptoria.

As atividades disparadas nas visitas e outros contatos de tutoria foram se desdobrando e multiplicando ao longo dos encontros e oficinas, ampliando-se a participação de atores-chave locais, incluindo os especializandos.

ESTRATÉGIAS DE ALINHAMENTO DA TUTORIA E DESAFIOS COM O REFERENCIAL DA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

O grupo de tutoras mantinha uma agenda de encontros para compartilhamentos diversos, partindo dos eixos constitutivos do curso e das (diferentes) realidades nas quais transitavam. Traziam questões ligadas à condução do curso, passando pelas normas acadêmicas, estratégias para os processos seletivos, planos de ensino, avaliações, elaboração de instrumentos, etc., discutindo problemas e busca conjunta de soluções. Muitas vezes, pela proximidade que

Nova Digital | Protegida | Impress

sempre tiveram com as condições do ensino teórico-prático em cada local e pelo conhecimento dos locais de prática durante as visitas técnicas, promoviam-se ajudas mútuas em vários âmbitos de desafios. As produções do grupo contribuíam com abordagens que a Coordenação geral do curso retomava com as próprias tutoras e com os territórios.

As tutoras organizavam também o plano de atividades de alinhamentos conceituais e metodológicos, incluindo oficinas com todos os envolvidos para apropriação de conhecimentos, reflexões, troca de informações e de experiências, além de avaliações e encaminhamentos a serem continuados com as IES.

As tutoras destacam que os ajustamentos propostos com um novo referencial político-pedagógico (na ótica da formação-intervenção) propiciaram sua melhor fundamentação e condições de direcionamento de seu trabalho. Tal referencial, segundo elas, subsidiou sua agenda interna no alinhamento de novos conceitos e apropriação de instrumentos, refletindo nas ações de apoio e acompanhamento com as IES, aprimorando os processos de monitoramento e avaliação, o planejamento de (novas) ações como, por exemplo, oficinas e outras atividades.

A apropriação do novo referencial proposto para o curso aparece também como desafio para as tutoras em seus processos de alinhamento com as escolas/equipes de condução. Sobre isso, é importante destacar percepções que serão retomadas mais adiante neste texto. De início a Coordenação geral do CEEO (UFMG) anunciou uma nova perspectiva político-pedagógica para o curso, propondo alinhamentos que seriam mais efetivos com as agendas de interação entre tutoras e as equipes condutoras em cada local. Um dos principais âmbitos de inovação dizia respeito à articulação de atividades convergindo para qualificação dos especializandos em sua capacidade de avaliação e intervenção em seus locais de trabalho. Isso implicava em ampliar a compreensão da finalidade do curso na ótica da *formação-intervenção*, com ajustamentos na dinâmica do ensino e incorporação de instrumentos direcionadores de análises e planos de ação, propostos como *transversais* a todo o

processo formativo. Em sendo novidades ainda não experimentadas naqueles sentidos, a expectativa era que dúvidas e necessidades de aprofundamentos aparecessem no próprio percurso de aproximações com os referenciais e de aproximações das tutoras em suas agendas com as equipes condutoras.

Para a continuidade dos alinhamentos esperados, foram organizados momentos sistemáticos de discussões com o grupo de tutoria, conduzidos por assessores metodológicos, e algumas oficinas estratégicas pautando a *formação-intervenção com foco na mudança de modelo na atenção obstétrica e neonatal no Sistema Único de Saúde*. Partindo das reflexões de uma oficina especial sobre isso, as tutoras organizaram suas próximas agendas com as IES, guiadas por um roteiro que ajudava a problematizar as condições que estavam sendo construídas para viabilizar os (novos) rumos esperados com o curso. Tomavam-se por base questões abrangendo os movimentos disparados para ajustamentos pedagógicos e compreensão da proposta de *projetos de intervenção*; sobre os processos de alinhamento envolvendo preceptores, docentes, especializandos e sobre a contribuição esperada da tutoria. Dessas discussões emergiram necessidades e pactuações de expectativas, demarcando a importância das tutoras em agendas com os próprios especializandos para reforçar os conceitos e instrumentos relacionados aos projetos de intervenção e no direcionamento de eixos avaliativos de seus rumos na prática dos serviços. Para qualificar a condução das discussões, as tutoras elaboraram instrumentos norteadores das visitas de apoio e acompanhamento.

Outra frente de ação na qual as tutoras tiveram presença essencial (e interligada nas agendas das visitas locais) foi sua interlocução com o curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica. O curso também tinha abrangência nacional e as aprimorandas eram acionadas para colaborar na preceptoria dos especializandos, assim necessitando-se de alinhamentos de interesse a ambos os cursos. As tutoras organizaram momentos de discussão ampliada sobre o referencial do CEEO, destacando-se as perspectivas para um plano de ação/projeto de intervenção e estratégias de contribuição

das aprimorandas, que estavam estrategicamente inseridas no serviço onde o especializando fazia sua formação. Segundo elas, esses momentos possibilitaram "entrar nos desafios concretos" dos serviços/locais de prática, desvelando-se vários aspectos da realidade e promovendo-se alinhamentos quanto ao processo de formação e atuação naqueles espaços.

Finalizamos este tópico registrando depoimentos de especializandos e aprimorandos a partir de momentos específicos com as tutoras, exemplificando sua função ampliada de compartilhar, com as equipes locais de condução do curso, todo o processo de formação-intervenção. Nessa ótica (que vai além de habilidades técnicas), em seu vasto campo de desafios de aprendizagens, os alunos-trabalhadores relatam:

> "Vamos caminhando, me sinto com empoderamento. Atuo no centro obstétrico e temos muita dificuldade de atuação e mudanças lá. A equipe médica tem domínio lá, qualquer enfrentamento com eles nos muda de setor. Com o curso estamos tentando mudanças junto à coordenação e gestão e procurando caminhos para isso, como minha proposta de intervenção".

> **"**Em uma luta constante e o curso ajuda muito pelo conhecimento e visão do nosso trabalho. Estamos incomodando com a repercussão, pois em julho 70% dos partos normais foram assistidos por enfermeiros obstétricos".

> "Enfermeiros assistem partos... com grandes dificuldades em especial com a gestão. Tudo começou com uma enfermeira do CEEO. Antes do curso ela era quietinha no serviço, após o curso está fazendo diferença, abrindo espaços, mudando tanto o serviço, que agora só tem enfermeiras obstetras no Centro Obstétrico e isto me estimulou a fazer o CEEO. Eu tinha uma venda nos olhos e hoje sei que sou um agente transformador no meu serviço. Sou mais firme e estou conseguindo várias coisas. Agora, entre toda a equipe sou a enfermeira obstetra".

> "Hoje me vejo com mais capacidade, seguro e com muito mais autonomia para propor mudanças em meu local de trabalho. Após iniciar o curso fui chamado para um hospital privado conveniado SUS

> e meu projeto de intervenção está tendo muito impacto. Tive o apoio de toda equipe de saúde e da gestão da Instituição. Lá tem 3PPP funcionando com a atuação de enfermeiros obstétricos. No Diagnóstico Situacional dei nota zero para Acolhimento e Classificação de Risco, uma vez que, a instituição é referência para atenção a gestação de risco. Apresentei todas as etapas do projeto de intervenção com envolvimento do Diretor Geral da instituição, gestores, coordenadores de enfermagem e equipe multiprofissional. A proposta foi também apresentada à Secretaria de Saúde do Município de Castanhal. A intervenção já está acontecendo, além disso, instituí estratégias de monitoramento e avaliação para dar continuidade a ação implantada".

Nos depoimentos anteriores pode-se observar os *efeitos* do curso, com a colaboração direta da tutoria, no exercício *ampliado* dessa função. Isso diz de um *agir fazendo intervenção*, no referencial teórico-metodológico proposto. Essa *dimensão metodológica transversal* permeará então os tópicos seguintes deste texto, compreendendo-se intervenção como *estar no entre*, provocando deslocamentos e movimentos que ajudam a (trans)formar os sujeitos, os serviços e o próprio modo de formar.

POR UMA TUTORIA EM SENTIDO AMPLIADO: TUTORIA COMO DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

Assumindo função tão importante no projeto/curso, a tutoria foi posta em análise em seu percurso de desenvolvimento, num processo de acompanhamento avaliativo permeando todo o curso (como mostrado no capítulo 1/parte 2). Trata-se de avaliação nos moldes de pesquisa-intervenção, acompanhando-interferindo no seu próprio processo de implementação. E com o compromisso de sinalizar com perspectivas para o aprimoramento dessa atividade, servindo a outras iniciativas para contribuir com as mudanças de modelos de formação e de atenção em saúde.

Nova Digital Proibida Empress

Além de sua inserção em *caráter estratégico*, num sentido programático do curso, a tutoria foi desafiada a constituir-se em uma *perspectiva ampliada*, sobre a qual se discorre neste texto, analisando-a como dispositivo de formação-intervenção, numa função indissociada do próprio curso. Nesse sentido amplia-se como *função tutoria,* posta em desafio pelo complexo contexto no qual tal função é evocada.

SOBRE A COMPLEXIDADE DO CENÁRIO EM QUE O CURSO É IMPLEMENTADO

O contexto de complexidade em que o curso e a tutoria foram postos a funcionar passa pelas características predominantes da relação ensino-saúde/SUS no Brasil, cujas limitações já são bem conhecidas (Ceccim, 2005). Para demarcação do cenário, pontuamos alguns aspectos que interessam no diálogo com os desafios trazidos pelo curso, sintetizados nos seguintes âmbitos de *tradições*:

- A tradição das práticas educativas que perpassam os diferentes níveis de organização e prestação do ensino no Brasil. Trata-se de práticas que ainda se configuram como um misto de centralismo no ator professor, passando pelo aluno como receptor passivo de conteúdos, abstraído do trabalho/serviço, e desconsiderando ou subestimando as necessidades e demandas que compõem a realidade da saúde e do SUS.
- A tradição formativa que é repetida nas esferas da educação permanente, configurando-se mais como processos de reprodução de práticas alienadas de formação, também priorizando o ensino conteudista, descolado das realidades dos serviços e necessidades de saúde.
- A tradição dos organogramas das disciplinas e departamentos de ensino, prevalecendo uma justaposição de setores ou caixas de saberes (e poderes), num alinhamento mais propício a separar e enrijecer as bordas do conhecimento do que em propiciar articulações no sentido da tão almejada transdisciplinaridade.

Nova Digital Prohibida Impress

- A tradição dos colegiados das escolas, cuja estruturação e funcionamento são muito distanciados dos referenciais de gestão colegiada, que preza espaços participativos para análises e construções coletivas dos processos, práticas, conhecimento, projetos, etc.
- A tradição de caminhos ou modos de agir individualizados e fragmentados nas universidades (tal qual os caminhos desencontrados nos serviços de saúde), sem a prática sistemática de construção de projetos formativos comuns/integrados, direcionadores de planos de ensino bem demarcados em suas especificidades, mas também articulados entre si.
- A tradição de organização de cursos *lato* seguindo as tradições, portanto não comprometidos em renovar e induzir mudanças nos projetos político-pedagógicos sustentadores desses cursos.
- A tradição de avaliação tradicional ou de não-avaliação sistemática dos cursos em geral, mesmo sendo projetos em parceria com as agências de saúde (inclusive do SUS), responsáveis e interessadas diretas na qualidade da formação e de seu impacto nas práticas sanitárias e nos modelos de atenção e gestão em saúde.
- A tradição dos rumos de produção de conhecimento, distanciados do exercício cotidiano do trabalho (tanto no ensino como nas práticas de saúde). Tradição que limita o reconhecimento de experiências alternativas, inovadoras, e seu tratamento/avaliação à luz de referenciais teórico-metodológicos também inovadores ou mais ampliados para análises do trabalho. Por outro lado, a submissão dessas experiências a análises também tradicionais reduz sua demonstração como potência enquanto processos, efeitos e conhecimento.

Esses âmbitos de tradição dizem da força do instituído na área do ensino/formação. Instituído que põe em risco de captura todos os sujeitos vindos dessa (vigente) tradição de formação e que, mesmo quando mobilizados para o seu tensionamento e inovações, transitam em limites importantes dados pelas regras da instituição

Nova Digital | Proibida Impressão

e pelas fortes marcas com que nos impregnam as práticas hegemônicas. Difícil então seria não se ter dificuldade ou limitação mediante as vivências que nos marcam e que inclusive nos traz conforto e utilidade, em meio a um tanto de utilitarismo. Daí a importância de estarmos nesses cenários sempre atentos a *análises de implicação* (Lourau, 1993) que nos ajudem nos equilíbrios necessários.

Em se tratando de uma atividade – a tutoria – exercitada por sujeitos/professores desde seus lugares tradicionais de formação (a escola e suas normas), e tendo seus pares (de outras escolas) como seus interlocutores centrais, é imperativo se trazer nessa atividade a reflexão sobre os desafios associados às inovações radicais postas pelo Sistema/Ministério da Saúde quanto às mudanças de modelo de cuidado na atenção ao parto e para isso a necessária inovação no modelo formativo. Entretanto, há que considerar que mudanças de paradigmas não se operam sem dificuldades e limitações, no confronto com as práticas tradicionais. Por isso, no exercício de uma atividade estratégica como a tutoria, a atenção reflexiva ajuda, pelo menos, a escapar do risco de proposição/prescrição do 'novo' para o outro executar, incapazes de ver o quanto de 'velho' ainda pode estar perpassando um certo modo de agir, de propor e de estar na relação com o outro. Nesses sentidos, referenciais que ajudam a fazer *análises coletivas* e de *implicação* (Lourau, 1993) despontam como caminhos para nortear reflexões sobre a prática, no campo dos desafios, das potencialidades e do poder de agir. Nesse alerta, é necessário buscar sustentações em paradigmas ético-político-estéticos que possibilitam colocar o trabalho em análise, que prezam a força do instituinte, da invenção permanente da realidade e dos modos de existir, e que suportam pôr em relevo o falso dilema da neutralidade. São alguns referenciais cruzados nesse horizonte de discussão do *trabalho* (Lourau, 1993; Deleuze, Guattari, 1995; Schwartz, Durrive, 2007; Clot, 2010; Baremblit, 2011) que tomamos como inspiração para a análise da *função/atividade de tutoria.*

À luz desses referenciais, seguimos num processo de acompanhamento avaliativo transversal do curso e dos arranjos que se constituíram com ele. Como uma de suas bases estruturantes, a proposta avaliativa foi tratada nos capítulos 1/parte 1 e 1/parte2, articulando

formação-intervenção-avaliação. A construção de um marco teórico-lógico de acompanhamento avaliativo delineou três dimensões indissociáveis de objetivos e de análise, como apresentado nos referidos capítulos. A tutoria está na interface de duas dimensões, que tratam dos processos que se operaram na organização e arranjo do curso para funcionar como formação-intervenção. Foi (a tutoria) um componente essencial desse arranjo, aqui analisada em seus modos de se instituir, considerando o seu lugar (função) exatamente no desafio de não seguir (só) na tradição, mas de se renovar/inovar no seu modo de fazer.

Já de início, aqui se registra a tradição reafirmada pelas tutoras, constatando que o curso (e por consequência a tutoria) nasce "muito engessado pelas burocracias administrativas das instituições de ensino." Isso não se apresenta apenas como um fator interferente, mas como condição necessária (a burocracia institucional) para que o curso caiba na estrutura formal de ensino. Por outro lado, a tradição também aparece no corpo das tutoras, que se percebem com o hábito de "gostar de ir com a lei" para os lugares onde estabelecerão suas interlocuções de trabalho (com as escolas/IFES, serviços e outros interlocutores que serão seus tutorados). E bem podendo completar o círculo da tradição, as tutoras dizem: de início, "quando a gente vai para o encontro com o outro (tutorados), vai buscando *resultado",* usando esse termo nos seus sentidos mais restritos como, por exemplo, de expectativas de tarefas cumpridas.

Ao conseguirem dizer disso, as tutoras já tinham conseguido compreender que tal atitude reduzia as potencialidades dos encontros. É nesse caminho que seguiremos nos próximos tópicos, apontando as transformações que se operaram no modo de ser tutor.

SOBRE A PERSPECTIVA INSTITUINTE DA FUNÇÃO TUTORIA

Propomos que a tutoria seja compreendida na ótica de *trabalho como encontro*, remetendo-se a autores que assim pensam a *atividade de trabalho* (Schwartz, 2011; Clot, 2010) e inspirando-se

naqueles que tratam das afecções produzidas nas relações ou encontros (Spinoza, 2014; Deleuze; 2002). Esses autores compreendem que um corpo (um indivíduo, um corpo social, um coletivo, etc.) é definido pelos afetos e sua capacidade de afetar e ser afetado. É esse poder de afetar-se mutuamente que constitui o grau de potência do indivíduo, efetivando-se sempre na relação com o outro. Dois corpos podem se encontrar aumentando a potência de agir um do outro ou reduzindo essa potência.

O encontro entre dois corpos (e as afecções produzidas aí) põe-se então como o campo potencial para a produção de agenciamentos de (novas) forças rumo à criação de novas possibilidades de vida – novas possibilidades de existir e de fazer, inventando caminhos diferentes e desviando-se de rotas que não geraram bons encontros.

Baseando nessa ética de relações, a função tutoria pode ser analisada em seu pressuposto essencial de *trabalho* como *encontro* (Schwartz, 2011), seguindo a compreensão do *trabalho* como algo que só se opera pondo em diálogo o *prescrito e o real* (Schwartz; Durrive, 2007). E assim também remetida à concepção de *dispositivos* ou *agenciamentos*. (Deleuze, Guattari, 1995; Baremblit, 2011).

Nesse horizonte partimos das experimentações de campo e de seu acompanhamento avaliativo e construímos algumas premissas e pistas para a prática da tutoria. Aqui isso é trazido com reflexões acerca da função e dos modos de operar.

A tutoria entre o prescrito e o real do trabalho

A função tutoria incorpora atribuições objetivas de intermediação de ações para implementação dos cursos. Nesse âmbito cabem vários tipos de despachos interinstitucionais, como por exemplo a orientação e elaboração conjunta das programações e agendas dos cursos e a tarefa de orientação, junto às IFES, sobre os princípios, diretrizes e eixos operacionais (orientações com base no *prescrito do trabalho*). Trata-se de ações-metas embutidas no trabalho de tutoria, passíveis de avaliação inclusive de sua eficácia (metas cumpridas).

Nova Digital Ruth da Impress

Não obstante essa atribuição, a tutoria não pode ser reduzida a tal, nem se prende ou reduz-se a um 'dever de eficácia', o que a deixaria, paradoxalmente, livre ou desincumbida de exercitar uma busca de encontro potente, com afecções que aumentam o poder de agir dos corpos em questão. E se, por um lado, nem se deve prender a um *dever de eficácia*, por outro, não se prender a um *dever de produção de afecções positivas*, já que isso não pode caber como uma meta preestabelecida e unilateralmente pretendida, que não pela via do encontro (sempre no desafio do incerto, no *real do trabalho*). E considerando-se que nas bases do encontro, no seio e entorno do curso, existem vários fatores (mencionados nas tradições) que se cruzam em diferentes rumos, interferindo e condicionando, inicialmente, os tipos de afecções a se produzirem na relação. Algumas vezes o poder de afetar e ser afetado se dará como aumento do poder de agir e outras vezes em direções contrárias.

Segundo as tutoras a oportunidade das discussões avaliativas no acompanhamento de sua atividade permitiu que elas fossem ajustando-se nesse entendimento ou desafio. Dizem ter conseguido compreender o alerta feito na assessoria metodológica de que *as dificuldades encontradas junto às IES deviam ser consideradas como pontos de partida ao invés de tomar tais dificuldades centralmente como problemas* que *atrapalhavam* seu planejamento e metas.

Obviamente ficaram inicialmente inseguras com o modo de lidar com isso, entre o rumo de um planejamento idealizado e o desafio de se ajustar ao real que tensionava o planejamento. Ao fazerem confrontar suas próprias expectativas num rumo de tutoria (de planejamento, orientação, ofertas estruturadas, etc.) e seus primeiros movimentos em outras direções, percebiam a insegurança e incômodo em não ter resposta pronta para os problemas trazidos pelas IES. Relataram "frequente sensação de impotência quando o coordenador (responsável pelo curso naquela IES) repassava um problema." Isso ocorre inclusive porque, como elas também dizem, nem sempre conseguiam sustentar a compreensão das dificuldades encontradas no sentido de pontos de partida.

Se nos cenários de implementação dos cursos cruzam-se tantos fatores interferentes (predominando adversidades), cabe à tuto-

ria menos o dever reduzido de planejar metas para seu cumprimento (e respondendo a problemas) e mais o de explorar as potencialidades do encontro/situação (para isso incluindo e lidando com as variáveis do contexto) e tentar os desvios de rotas que reduzem a potência de estar com o outro.

Vale então alertar que a (im)possibilidade de respostas para o outro só se torna problema quando se opera com a tutoria a partir de *um determinado referencial de agir*. Mudando o referencial, deslocando-se para uma outra função, ter problemas (o tutorado) e não ter respostas (o tutor) são apenas elementos que compõem o campo de trabalho e seus desafios. E que, portanto, não é necessariamente isso que reduz o poder de agir; ao contrário, partindo desse contexto é que se pode buscar aumentar esse poder.

De quando o resultado é o processo

No desafio dos encontros possíveis no curso, a avaliação não pode ser reduzida na direção do cumprimento de metas. A avaliação, exercitada no seio da tutoria, deve passar por interrogações permanentes acerca dos afetamentos que estejam sendo produzidos e nesse contexto desvelando-se: efeitos ruins ou benéficos em cada um, momentos em que tenha baixado ou aumentado a potência de agir, modos de reagir ao que resultou do encontro (fazendo-se e refazendo-se a partir deles), especialmente as rotas de fuga disparadas para criar (novos) agenciamentos. Em outros termos, a tutoria é caminho permanente para avaliação, incorporando outros modos de avaliar e de captar sinais dos processos que se dão em seu contexto e em sua finalidade – deve ser meio para inovar em perguntas avaliativas a serem suas próprias guias: do que os encontros (na função tutoria) têm dado conta? Qual tem sido o poder de se afetar? Em especial, o que estão potencializando? Têm produzido novos agenciamentos para poder gerar o novo?

A propósito, após alguns meses do curso, as tutoras relatam que seu trabalho e a análise permanente dele no acompanhamento

avaliativo permitiram-lhes "apoiar os coordenadores das IES *para fazer dos cursos uma intervenção* e ir além da formação de profissionais." O aparecimento do termo *apoiar* articulado ao de *intervenção* ganha relevância especial porque é quando esses conceitos se (in)corpo(ram) no referencial de tutoria. Neste caso é pertinente a comparação com a tutoria que se exercitou em uma edição anterior de curso, as tutoras demarcando precisamente as potencialidades que se agregaram na 'nova tutoria', no desafio de se fazer como apoio e em si mesma como intervenção, em conformidade com uma nova proposta. Como elas mesmas dizem, "o referencial teórico ampliou minha mente e auxiliou no direcionamento das minhas próprias ações junto com os coordenadores."

A atividade de apoio, trazida do método do apoio institucional (Campos, 2003; Brasil, 2008) convoca a um novo modo de relações de consultoria, assessoria ou supervisão. Articula-se ao campo da gestão e ao conceito de intervenção que, perspectivada na ideia de *estar no entre*, sustenta os deslocamentos esperados para a tutoria: de superação de um lugar de provedor (de orientações e outros recursos) e de externalidade aos contextos/sujeitos para um avanço na função de mobilizar disposições ou subjetividades, ativando processos com os sujeitos e coletivos.

Os processos, ou efeitos-processos, aí disparados expressam-se como movimentos que foram direcionando o curso nos rumos propostos. As tutoras compreendem esse direcionamento como a viabilização das "ações esperadas com as IES" (um resultado esperado) e de "criação de um enredo para o curso realmente assumir seu caráter de intervenção na prática". No percurso "descobriram caminhos para alianças com os parceiros", vendo-se "envolvidas e afetadas" e percebendo "os coordenadores também envolvidos e com entendimento da finalidade do curso como intervenção-formação." Constataram que os coordenadores conseguiram "visualizar o curso como meio de mudança do modelo de atenção", para isso todos crescendo juntos na sua leitura política.

Da parte dos coordenadores essa percepção de *parceria formativa* foi validada em vários momentos e em registros de satisfa-

ção de suas expectativas e necessidades à medida que as tutoras ampliaram seus modos de apoiar. Na interação se produziram deslocamentos marcantes como se pode ver nos depoimentos dos coordenadores: "todo o movimento, experiência e conhecimento adquiridos refletiram diretamente em mim como sujeito no trabalho, em minha atuação como docente-gestor-enfermeiro, sendo impossível pontuar tudo que foi modificado." O aprendizado é destacado na própria relação conflituosa pela qual passavam em alguns momentos. Uma coordenadora menciona "o quão doloroso foi o processo de interações", dizendo do "valor disso como impacto sentido no corpo" e servindo para alterar suas experiências vividas até então.

A *função intervenção* se demonstrou ao se verem no papel de "fortalecer o coordenador e todas as ações que são de intervenção" associadas à finalidade do curso. No agir-apoio foram fazendo pontes para articular a "finalidade em ações concretas" que estavam nos horizontes dos projetos de intervenção dos alunos-trabalhadores. As tutoras tiveram presença relevante na discussão desses projetos. E sua intervenção se deu induzindo a redirecionamentos de focos, fazendo distinguir ações de cunho mais marginal e iniciativas com potencial de mobilização para mudança dos processos de trabalho, das práticas de cuidado e de gestão nos serviços. Nessas interfaces a atividade de tutoria foi enriquecida com a incorporação de conceitos-ferramentas e instrumentos diagnósticos e outros de gestão. No referencial do apoio institucional a concepção de *ofertas* passa pela incorporação desses tipos de recursos, não apenas na sua utilidade instrumental, mas como mediadores das próprias relações de trabalho. Assim o material não somente subsidiou mapeamentos e análises coletivas das situações dos serviços, mas passando por um rico processo de apropriação pelas tutoras, ampliando seu valor de uso como dispositivos e agenciadores de análises e movimentos. A propósito, nos capítulos 1/parte 1 e 1/parte 2 apresenta-se o diferencial de instrumentos avaliativos usados nessas direções.

Os diagnósticos situacionais se abriram para discussões ampliadas das limitações e necessidades, fazendo abrigar objetos e proposições que pareceriam impertinentes em um curso tradicio-

Nova Digital Editora Impress

nal. Por exemplo, em um dos Estados foi marcante a contribuição da tutoria para incentivar, num rumo de intervenção, a articulação de meios para viabilizar a abertura de um Centro de Parto Normal que estava programado para a rede de saúde. Em outro Estado, mediante o fechamento de uma maternidade e o precário processo de encaminhamento das gestantes, a tutora estimulou que a situação fosse o objeto de um projeto de intervenção, nele articulando-se estratégias, tecendo redes e fazendo alianças para abertura de nova maternidade seguindo-se as diretrizes de novo modelo.

Esses efeitos-processos não se deram em fluxos lineares, nem os chamados a deslocamentos foram bem aceitos desde o início. Ao contrário, foram construções em meio a conflitos que perpassaram todo o processo, desde as entradas e primeiras aproximações. Mas, aqui vale enfatizar, tratou-se de uma *produção de conflitos* necessária e bem-vinda, que compõe os referenciais sustentadores dessas experiências.

Por outro lado, deve-se salientar as várias limitações que se observam nestes tipos de experimentações. São limitações ou desafios inerentes a essas experiências que mobilizam práticas, valores, interesses, desejos, que fazem confrontar a cultura instituída e processos instituintes. Muitas vezes reemergiam incômodos (das tutoras e dos seus interlocutores), cuja origem permanecia na tradição de uma expectativa de organização de fluxos lineares, de idealizações de prescrições distanciadas do real e de pressões por um certo tipo de respostas (a dar e a receber) à luz de um certo tipo de olhar avaliativo. Sempre se está no risco de se ser traído pela tradição que compõe os cenários e que nos habita. E nesse rastro, reaparecem incômodos, decepções, desmotivações ou imobilizações provisórias, que baixam o poder de agir e que comprometem a própria avaliação dos processos, mas que faz parte do contexto. Acerca disso é interessante atentar em alguns incômodos das tutoras, expressando-se como se houvesse uma contradição meio inexplicável: “me sinto afetada, mas nem sempre tenho uma resposta como tutora.” Aqui o lembrete pertinente é para que se compreenda que a afecção que se produz com aumento do poder de agir não está necessariamente relacionada a uma resposta!

Algumas pistas no processo: aumentando os desafios para a perspectiva instituinte da tutoria

Nas direções de análise trazidas neste texto não se pode esquecer o contexto das tradições, em âmbito mais geral, mas também aspectos limitadores que permaneceram no entorno do projeto político-pedagógico do curso. Aspectos limitadores, aqui usando-se uma compreensão provisória, no sentido de trazê-los à tona como objetos interferentes nos desafios da tutoria.

Um dos principais aspectos diz de uma lacuna entre a *perspectiva de formação-intervenção*, sua inserção numa proposta mais ampla de *mudar um modelo* e a tônica da *grade curricular*. Partiu-se de uma grade com as disciplinas específicas (ou nucleares) para a prática obstétrica, com conteúdos e atividades voltados a essa finalidade, o que lhe confere inquestionável valor na necessidade profissional. Não obstante essa importância, a (também importante) incorporação de temas ampliados relacionados à organização e gestão do trabalho efetivou-se mais especialmente por meio dos instrumentos (de diagnósticos e planos), que possibilitaram *trazer o trabalho ao centro da formação*, sem haver inserção direta de outras disciplinas na grade usual. Vale dizer que, como imagem-objetivo dos projetos inovados, há que pensar em uma grade ampliada, articulando *núcleo* (saberes profissionais específicos) e *campo* (Campos, 2000), contemplando eixos da organização e gestão no trabalho, potentes para disparar discussões formativas articuladas ao ganho de habilidades técnico-procedimentais. Entretanto, nestas primeiras experiências, mais do que precipitar uma discussão sobre composição de grade curricular, aqui o sentido da conversa é compreender as iniciativas das tutoras nas provocações sobre essa pauta junto às coordenações locais dos cursos. Obviamente não se trataria de uma simples prescrição de novos conteúdos, nem de redução ao âmbito das formalidades curriculares, mas provocando-se sobre as necessidades de abordagens capazes de analisar os modos de inserção no trabalho, aspectos que remetem ao fomento do protagonismo e autonomia dos sujeitos e equipes.

O foco da discussão passa essencialmente pelo reconhecimento das lacunas deixadas pelos cursos na lida com os fatores que interferem na condição de protagonismo dos enfermeiros em seus espaços de atuação. A formação para lidar com as realidades de saúde exige que o real da organização do trabalho, das práticas sanitárias e todos os fatores que se intercambiam no processo de produção da saúde (sempre envolvendo trabalhadores, gestores e usuários) sejam tomados como pautas. Entretanto, na tradição dos cursos em geral, são negligenciados ou subestimados em detrimento da centralidade de conteúdos às vezes ministrados de forma abstrata e descontextualizada.

Por todos os desafios trazidos na proposta do curso, de enfrentamento não só da insuficiência de profissionais e despreparo técnico, mas também da baixa capacidade de análise-intervenção no trabalho ou do protagonismo e autonomia, a articulação de saberes de *núcleo e de campo* abre caminho para a formação de profissionais com qualificação para interferências visando à mudança de modelo de atenção e gestão.

Alguns exemplos evidenciam a urgência de inclusão desta pauta nos cursos. Não é simplesmente a falta de enfermeiros obstetras e/ou de sua qualificação que limita ou impede sua inserção na assistência ao parto. Sua *exclusão* se dá num contexto de tradicionais disputas institucionais que precisam ser debatidas no campo da organização e gestão do trabalho. Inúmeros exemplos podem ser alinhados a este, por isso a urgência do debate sistemático nos cursos e o espaço da tutoria é lugar privilegiado para as intermediações nesses rumos – intervir gerando deslocamentos para ajustes das grades tradicionais de ensino. Essas grades são espaços estratégicos para incorporação de inovações. Devem ser entendidas como lugar legítimo das ofertas do curso (plano do *prescrito*), neste caso um prescrito como oferta institucional pertinente e definida como uma base diretiva, em torno da qual ocorreriam os ajustes necessários (plano do *real*).

A tarefa de promover essa conversa recairia muito especialmente sobre os tutores ou na função tutoria. Isso assumido como premissa, cabe aqui mais uma vez ampliar questões avaliativas co-

erentes com a perspectiva de *trabalhar sempre colocando o trabalho em análise*. Em que medida a reflexão sobre a grade curricular, nesse âmbito de desafio, foi assumido ou incorporado na função tutoria? Em que medida a discussão da grade foi pauta de discussão com as IES? Nos encontros de tutoria a grade foi tomada como analisador da perspectiva/potência do curso como formação-intervenção? Quais desvios de rota foram produzidos, aumentando o poder de agir e de gerar (novos) agenciamentos acerca da própria grade curricular?

Entre a tradição e as rotas de fuga para sua superação, a Coordenação do curso lembra que "tivemos que compor um projeto (de curso) tradicional", pelas exigências institucionais, "mas nele encaixando várias coisas" buscando driblar a própria institucionalidade. Ademais, a composição de qualquer projeto demarcando sua finalidade é necessária e sempre está na ordem do prescrito necessário. O desafio é a atenção de, no percurso, fazer os desvios para compor o real.

As tutoras lembram que movimentos foram tentados para maior ajustamento das grades curriculares, mas "não dando conta de avançar e de assumir" efetivamente algumas pautas. Houve limites até na discussão mais geral das grades: "começava-se a fazer os processos e articulações de conteúdos, deixava-se pela metade, não se completavam as interlocuções e sistematizações." Nas conversas de acompanhamento avaliativo surgiram provocações, levantando-se questionamentos capazes de tocar na real complexidade do debate. Foram trazidas interrogações úteis como *analisadores* de todo um contexto. Por exemplo: "quando vimos que ia dar confusão (na discussão de grade), neste caso era melhor chegar nas IES e conversar sobre outras coisas?"

Esses tipos de reflexão ilustram a força do curso em sua capacidade de formação-intervenção alcançando todos os sujeitos com ele envolvidos. Ao final do curso as tutoras concluíram que "se forem necessários ajustes, agora já temos um conhecimento acumulado" a ser tomado como base.

Ainda acerca de pistas: em destaque a invenção de rotas de fuga na própria tutoria

Em uma agenda de avaliação geral do curso, envolvendo representantes de todas as IES, alunos e convidados (somando-se cerca de 140 pessoas), percebeu-se uma grande heterogeneidade na compreensão de *intervenção* na perspectiva do curso. Naquele momento a heterogeneidade gerou incômodo na Coordenação e em toda a equipe de condução/tutoria não por se almejarem padronizações e arcabouços nos quais os múltiplos cursos e processos deveriam se encaixar. O (bom) incômodo veio pela percepção das dificuldades dos sujeitos (coordenadores das IES e outros representantes) em *narrar* os rumos interventivos que se esperava transversais a todo o curso e dificuldades de olhares avaliativos sistemáticos sobre os processos em andamento. Havia uma base que possibilitava observar com rigor essas dificuldades, considerando o referencial metodológico ofertado e pactuado coletivamente do qual derivava o marco teórico-lógico avaliativo nas três dimensões de interesse.

Após esse encontro as dificuldades observadas foram postas em análise em três reuniões de acompanhamento avaliativo, onde a Coordenação (com tutoras) fez uso especial de todas as reflexões que se vinha fazendo, chamando a um redirecionamento da agenda de tutoria. Essa intervenção teve o alerta para se repensar o trabalho e os focos da tutoria em sua agenda política e operacional. Para aqueles dias estava previsto um extenso cronograma de visitas de tutoria às IES e foi indicada a suspensão até que se articulasse um (outro) sentido para aquele trabalho. A potência dessa intervenção foi sentida e valorizada inclusive porque se deu em meio a tensionamentos e com a decisão de se suspenderem as visitas que aconteceriam, consideradas urgentes ou prioritárias, convidando-se a pensar em outras direções de prioridades.

A reflexão posterior da coordenadora geral do curso explicita sua clareza sobre a intervenção realizada. Diz ela: “se mantivéssemos um olhar ingênuo de ir para as IES na agenda marcada, sem parar para nos analisar enquanto potência, estaríamos perdendo em poder de agir. Esse é um aprendizado que é nosso.”

Desse contexto podem ser pinçados vários elementos que ilustram os deslocamentos desejados nos modos de estar nas relações e de lidar com problemas (ou estar em relação de apoio). Primeiramente, observar que os incômodos com os problemas observados na oficina avaliativa foram efetivamente tomados como *pontos de partida* para colocar o trabalho em análise, sem se ater ao problema nem em culpabilização do outro. Em segundo lugar, o modo de lidar com a situação de problemas e incômodos aumentou o poder de agir coletivo, ao invés do risco habitual de se insistir nas mesmas teclas (de repetida leitura e repetidas propostas de solução) ou de gerar imobilizações. Aumentou-se o poder de agir com a criação de uma rota de fuga – ao invés de *mais do mesmo*, invenção de (novo) caminho, desviando de uma agenda que se cumpriria apenas em uma lógica de reprodução de um prescrito.

Nessas reflexões reapareceram questões com grande força analisadora de todo o processo de tutoria e do curso, postas da seguinte forma: "a gente gosta de ir com a lei para as IES" (como já se havia dito). "Mas como a gente pode ir sem isso? Do que precisamos para ir sem a lei? Quais alinhamentos (ainda faltando entre nós) nos ajudariam nisso?" Tais perguntas continuaram sendo geradoras de mobilização e resultaram em agendas de suporte para se avançar nos próprios (re)alinhamentos.

CONCLUSÃO: DA TRADIÇÃO AO POTENCIAL INTERVENTIVO DA TUTORIA NO CENÁRIO DA FORMAÇÃO

A prática de tutoria não se inaugura com essas experiências de curso de formação-intervenção. Não é isso que se quis ressaltar, já que existe acompanhando processos educativos em geral. Nosso foco foi a abordagem desse recurso como dispositivo a induzir agenciamentos de novos caminhos numa experimentação tensionando as tradições do cenário formativo.

Assim sua utilidade se efetiva em dois âmbitos, um específico e outro mais amplo. No específico, útil aos desafios do curso, insti-

Nova Digital - Proibida Impressão

tuindo-se de modo indissociado a ele na proposta de superação de algumas tradições. No mais amplo, útil por ampliar conversas formativas com o importante universo de instituições de ensino brasileiras, considerando a extensa rede de interlocutores abrangidos. Como já ilustrado, muitos embriões de inovações nas práticas pedagógicas de algumas IES e em sua capacidade de fazer parcerias/redes (com instâncias gestoras, serviços, entidades de classe, etc.) foram gerados nessas interlocuções. Num determinado período da agenda de tutoria em um Estado/IES o que se apresentou como inviabilidade de articulação entre a IES e serviços de referência (campos de estágio) foi tomado como um analisador de contexto, derivando em esforços imediatos em busca de agendas com vários atores do entorno (como conselhos e associações de classe), trazendo à tona as questões presentes e fazendo-se alianças não só para fortalecimento de uma rede a direcionar conversa com os serviços, mas para tensionar suas próprias práticas (dos serviços) à luz das diretrizes de boas práticas de atenção e também à luz de normativas das entidades de classe. Essas iniciativas (de intervenção-tutoria) deixam o rastro para as IES se deslocarem em vários tipos de movimentos que não compõem o seu habitual, movimentos que são aprendizagens produzidas com a prática (*conhecimento que vem da experiência*). Aqui vale enfatizar: a movimentação que desencadeou essa rede de compromissos e corresponsabilizações só se efetivou a partir da tutoria.

Nos campos conceituais articulados neste texto a tutoria se exercita no referencial do *trabalho como encontro* e no desafio de se fazer acontecer aumentando o poder de agir dos sujeitos. Fala-se em *encontro* para abranger e valorizar toda a gama de elementos que aí se cruzam, vindo de um, do outro, dos contextos diretos e indiretos – encontro de histórias singulares dos sujeitos e das instituições, de vivências, experiências, saberes, métodos, instrumentos, projetos, do prescrito e do real, incluindo problemas. Encontro não pela justaposição desses elementos, mas pelo desafio de seu entrecruzamento, respeito às diferenças e construção de um comum. E sendo encontro de formação-intervenção por lidar com as situações reais de trabalho e resultar em aprendizagens mútuas – dos alunos-

trabalhadores, dos serviços, da escola, dos professores e aqui em destaque a aprendizagem das tutoras a partir do próprio fazer. O triplo alcance esperado com o curso, nas suas três dimensões de processos e efeitos, diz dessas aprendizagens transversais indissociáveis. (Santos Filho, 2010, 2014)

Assim pensada, a tutoria (e atividades equivalentes de apoio político-operacional-pedagógico) pode contribuir para muitas mudanças na ordem instituída do mundo do trabalho na educação e na saúde. Pode produzir irrupções na tradição de relações de saberes e poderes no campo formativo. É um encontro entre pares que pode-se dar gerando disposições para análises de implicação sobre os modos instituídos de trabalho nas IES, ao invés de se tornarem apenas oportunidades convenientes de conversas de reafirmação do que está posto, de problemas (reconhecidos e recolocados), insistindo em fazer *mais do mesmo* e na reprodução de caminhos seguros e bem testados. Sua importância não se restringe ao papel estratégico em cada projeto/curso, mas como disparador de movimentos, se fazendo por agenciamentos de novas redes de conversas e de forças em mutação.

São várias limitações a se ressaltar nessa prática, principalmente no tocante à capacidade de induzir a uma reorganização sistemática das atividades e processos de aprendizagens, trazendo a realidade do trabalho para o campo formativo e de levar a escola até os serviços, em novos horizontes de trocas e de produção de conhecimento. Essa é uma meta e um caminho na formação-intervenção. Como caminho (e no caminho) a tutoria muito contribuiu.

Por meio da tutoria desenvolvida nos cursos já se observaram casos de mudanças nos modos de ser professor e de se inserir em seus locais de trabalho, evidenciando-se situações de aumento no protagonismo e autonomia nas relações institucionais, com crescimento na capacidade de enfrentamentos e proposições. Depoimentos das tutoras revelam que esse contexto “está possibilitando discutir a própria concepção de formação da Escola/IES” onde o curso está acontecendo. Trata-se de transformações que são mobilizadoras de várias outras, por isso com força para mudar modelos. Por outro lado,

observam-se várias mudanças no funcionamento dos serviços de saúde que têm trabalhadores no curso, indicando os efeitos concretos das intervenções operadas (inclusive pelo acompanhamento tutorial de planos de intervenção dos alunos-trabalhadores).

O foco deste texto, no rumo de um processo de pesquisa-intervenção, não se restringe ao objetivo de mostrar resultados, mas abrir perguntas de interesse avaliativo-formativo para se avançar na implementação da função tutoria/apoio institucional em modos de agir mais potentes na ótica da formação-intervenção e das mudanças de modelos em educação e saúde. Avançar e superar a concepção de uma tutoria/apoio pedagógico-institucional apenas de ordem utilitarista, eis o desafio ainda em pleno processo e válido para as várias frentes que estão se ampliando para formação de enfermeiros obstetras, inclusive os programas de residência.

REFERÊNCIAS

Baremblitt GF. O inconsciente institucional. Belo Horizonte: FGC/IFG; 2011

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003

Ceccim RB. Onde se lê "recursos humanos em saúde" leia-se "coletivos organizados de produção em saúde": desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos R (orgs). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005.

Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010

Deleuze G. Spinoza: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. São Paulo: Ed 34; 1995

Lourau R. Análise Institucional e Práticas em Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993

Nova Digital | Prova da Impress

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí; 2010.

Santos Filho SB. Pesquisa em humanização: articulações metodológicas com o campo da avaliação. Saúde & Transformação Social, 2014; 5(2): 1-10.

Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007

Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli PF, Soboll LA. Clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas; 2011

Spinoza B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica; 2014.

ova Digital – Proibida Impress

2

Análise coletiva do trabalho como dispositivo de formação para o trabalho em equipe

Serafim Barbosa Santos Filho

CONTEXTO METODOLÓGICO

Partindo do capítulo 1/parte 1 deste livro, aqui retomamos os conceitos que ajudam a colocar o *trabalho em análise*, sustentando discussões incorporadas nos cursos de especialização e aprimoramento profissional, no enfoque do *trabalho em equipe*. Nesses cursos a proposta é que a *discussão do trabalho* perpasse todo o processo formativo, mas atentamos em inserir momentos de *oficinas de análise coletiva do trabalho* na grade curricular, como meio de garantir espaço especial para isso e ajudando a transversalizar a pauta. O ponto de partida é a experiência que os trabalhadores-alunos vivenciam tanto em seus serviços como nas aulas e campos de estágios.

Aqui se destacará o uso desse dispositivo transitando entre os cursos de especialização e de aprimoramento em enfermagem obstétrica, mas principalmente nestes últimos, considerando que neles as oficinas foram mais sistemáticas e porque se tornaram importante subsídio para se perspectivar uma outra modalidade de curso – de aprimoramento multiprofissional –, em fase de planejamento.

ova Digital - Prohibida Impress

Neste texto entremeamos os *conceitos-chave e situações* que permitem mostrar as bases que se tomam na produção de *analisadores situacionais-institucionais.*

As oficinas envolvem dois momentos presenciais, mas num horizonte de desdobramentos que passa pela continuidade de contato com os materiais didáticos indicados e na comunicação em ambiente virtual, com atividades orientadas e também de iniciativas de busca de debate, de apoio e compartilhamento de situações. Também, mais recentemente, avançou-se no estabelecimento de conexões bem demarcadas entre as oficinas (as perspectivas que com elas são abertas) e os seminários que os próprios trabalhadores organizam em seus serviços de origem ao finalizarem o curso.

A primeira oficina acontece na primeira semana em que estão no serviço-estágio, sendo uma roda de escuta e avaliações livres dos sujeitos, mas com base nos instrumentos de diagnóstico e planejamento que o serviço utiliza. Esses instrumentos são articulados entre o curso e os serviços (campos de estágio), que os adotam por meio de um projeto mais amplo de qualificação hospitalar, também conduzido pela UFMG, em parceria com o MS. A oficina/roda de conversa se desenrola a partir das vivências e à luz de recortes avaliativos que os sujeitos destacam para o debate com os condutores da oficina, que conta com profissionais do próprio serviço e assim dizendo também de um lugar de vivência, de um *saber da experiência*.

A segunda oficina acontece após a finalização do estágio no campo de práticas, envolvendo os trabalhadores-alunos e toda a equipe no entorno do curso (incluindo os preceptores), como oportunidade de participação daquele *momento mais distanciado* com os alunos e sendo um espaço de também se *colocarem em análise*, já que nessa oficina conta-se com apoiadores externos para a condução metodológica. Nessa roda há escuta inicial dos sujeitos, convocados a dizer de *impressões, impactos, marcas em seus corpos, suas vidas*, à luz de seu histórico de trabalho e das experiências recentes (do *curso e dos serviços*). Convoca-se a uma manifestação que induz a pensar em sua condição de inserção no seu campo e ambiente de trabalho. A partir das falas, vai-se puxando ou convi-

dando ao desdobramento de reflexões acerca de tal inserção e dos vínculos estabelecidos com o trabalho e do sentimento que os perpassam, ampliando-se análises das suas circunstâncias. Daí se põe em relevo situações que *expressam a instituição* ou que a *denunciam* em seus modos de organização e funcionamento, também fazendo ver os posicionamentos dos sujeitos naqueles contextos (em suas realidades de trabalho e na relação com o serviço de estágio e com o processo formativo). O desdobramento dessas análises, mediados pela entrada de conceitos estratégicos, vai ampliando o campo de compreensão/apropriação da realidade e abrindo caminho para ali mesmo se operarem inquietações, deslocamentos e (re)posicionamentos manifestos por uma ampla gama de sinais.

Em meio à oficina são ofertados/agregados vários tipos de recursos para ampliar as análises, articulando-se exemplos de situações para analogias com as situações trazidas e indicando fontes de referência que compõem com a discussão (filmes, textos, etc.). Com isso vão-se estabelecendo, no próprio ato da conversa, conexões que demonstram a *utilidade aplicada* das *conversas* e as *possibilidades* que elas abrem a (trans)formações no mundo do trabalho e dos sujeitos.

Antes de seguirmos no rumo em que se articula a análise coletiva do trabalho, é importante demarcar que seu uso se dá ajustado em nosso campo de interesse mais amplo, buscando conectar *avaliação* com foco no *trabalho em saúde* (e *formação),* cujos referenciais se espalham por todo este Livro.

A *avaliação* proposta como um campo a transversalizar o processo de formação-intervenção é perspectivada em dois âmbitos complementares que direcionam sua prática. Em um âmbito, pela incorporação de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação (propostos como articulação de PMA) usando-os na lógica de dispositivos que sirvam para colocar o trabalho em análise, isto é, tratando-se de materiais típicos de diagnósticos situacionais, mas incorporando elementos da análise institucional em seus modos de uso, possibilitando colocar em foco o trabalho e as relações que os sujeitos estabelecem com ele. Em especial, servindo à produção de analisadores institucionais úteis no rumo de intervenções para

transformação das realidades. Por esse caminho, não se reduz à uma *avaliação de serviço* na tradição de uso mais restrito de indicadores; parte-se das situações (e indicadores) mas põe-se o foco no *trabalho* no entendimento de como os sujeitos ali se encontram em inserções perpassadas pelas racionalidades próprias ao serviço/instituição e também pelas subjetividades aí presentes; em outros termos, trazendo à tona o que se passa (e esteja predominando) na *interação instituído-instituinte* ou *interação prescrito-real* que perpassa os sujeitos e o mundo do trabalho. Nessa direção, o caminho e efeitos são perspectivados na transformação simultânea dos serviços-sujeitos, compreendendo que só é possível mudar a prática (dos serviços-sujeitos) quando se deixa vir à tona os fatores envolvidos na relação com o trabalho, isto é, a prática não mudaria apenas porque se teria feito diagnóstico da realidade nem pela simples definição de metas/ações em planos, normas ou projetos propondo mudanças.

Por tudo isso, a importância de se enfatizar as *concepções de trabalho* que tomamos como objetos-categorias centrais em nossas abordagens: o *trabalho como atividade* e o *trabalho como produção de serviço*, conceitos que estão referenciados e insistentemente entremeados ao longo deste texto e de todo o Livro. O outro âmbito no qual se guia a avaliação pode ser tratado como um *olhar ou um agir avaliativo* acompanhando o desenvolvimento de toda a experiência/processos. Neste caso, incluem-se técnicas e recursos típicos de investigações, que permitem a escuta dos atores de interesse (entrevistas, grupos focais, rodas de conversa e vários outros), mas não se reduzindo à simples coleta de dados, nem a uma participação neutra para a geração de informações ou abstraída das condições de desenvolvimento dos processos, nem a momentos estanques para aferir resultados. Articulam-se espaços mais transversais ou espalhados ao longo dos cursos/serviços e exercidos não só por pesquisadores externos, mas pelos vários atores envolvidos (como uma função avaliativa espalhada em todos), e não exatamente para escuta, mas para produção de análises comprometidas com produções de rumos de interferências para transformações nas práticas. A *informação* que aí se constrói, sempre coletivamente, não se reduz

Nova Digital Ilustrada Impress

à perspectiva diagnóstica, mas inclui a perspectiva interventiva; emergindo para sinalizar proximidade ou *distâncias entre intenção e gesto*, entre prescrito e real; não somente no lugar tradicional de informação para subsidiar decisão (genérica e por alguém também genérico), mas para articular os sujeitos daquele contexto a se deslocarem para redirecionar caminhos para as transformações desejadas. Por isso, aqui reafirmamos a nossa ênfase no *foco trabalho*, porque se faz (a avaliação) como algo útil no *entre o prescrito e o real,* entre *a norma e a renormatização* ou avaliação como nexo dos processos. E firmando-se um tipo de participação dos sujeitos não como informantes-chave, mas *incluídos* como efetivos autores dos rumos de interesse avaliativo, isto é, autores de sua própria metodologia. Isso converge para o que exercitamos como análises coletivas do trabalho, aportando-se contribuições de vários saberes referenciados neste texto.

Esse caminho é o que temos apontado como potente para lidar com a produção de subjetivações (Baremblit, 2011), entendida como possibilidade de alterações dos sujeitos, ações, processos, práticas, etc. É um caminho que fazemos na lógica de *avaliação-análise situacional* com elementos da análise institucional, nela bebendo especialmente para a lida com os *analisadores sociais*, que seu criador (Lourau, 1980) instituiu alertando que não basta o uso de indicadores tradicionais e das explicações restritas às racionalidades conscientes para compreender o funcionamento/desempenho institucional, insuficientes para revelarem os serviços ou para os conhecer-transformando. A produção e lida com os analisadores permite a desestabilização dos processos instituídos, gerando deslocamentos em vários âmbitos. A propósito de *serviço*, nessas análises aportamos a compreensão do *trabalho como produção de serviço*, acompanhando seu autor (Zarifian, 2001a) na afirmação de que *produzir serviço* passa necessariamente *por uma interação de recursos e pessoas em permanente aprendizagem com o próprio fazer e gerando resultados que por elas sejam considerados válidos e úteis* – só se pode falar em *serviço* se tenha sido percebido como *útil* pelos sujeitos que estão na interação.

Esse é um caminho que desbravamos nos serviços do SUS, guiando-se pelos princípios da Humanização em Saúde/PNH (Santos Filho; Barros, 2012), implicados com mudanças nos modos de cuidar, de gerir e de formar em saúde, inteiramente desafiados à ampliar a rede de sujeitos com maior capacidade de analisar e intervir no trabalho, finalidade essencial dos processos formativos. Nessa finalidade comparecem como indissociáveis a (re)organização dos *serviços/processos e relações institucionais*, a *formação* e *valorização* profissional, a constituição de *trabalho em equipe* (âmbitos que se cruzam no campo da *gestão*) e a melhoria das relações *assistenciais/de cuidado* (âmbito da *atenção* ou prestação do serviço aos usuários).

Na atenção ao parto e nascimento, o analisador que tomamos como *vetorial* tem como ponto de partida o enfermeiro obstetra (formado para essa atuação profissional) e as dificuldades de sua inserção na prática assistencial ou mesmo sua marginalização e exclusão dessa prática. Partindo desse fato, nosso caminho é construir condições de análise coletiva para fazer emergir os fatores que revelam a instituição em sua tradição de organização, seu estatuto de saberes e exercício do poder, que tendem a produzir exclusões, fragmentação do trabalho e centralização em categorias profissionais, dificultando a inclusão e atuação em equipe.

Nos próximos tópicos seguimos com os recortes que anunciamos como objetos deste texto, destacando conceitos que sustentam a discussão do trabalho em equipe.

A DISCUSSÃO DO TRABALHO NA BASE DA ATUAÇÃO EM EQUIPE

Trabalho é o conceito central que tomamos como categoria de análise e por isso a necessidade de sua fundamentação, na acepção já trazida nos capítulos deste Livro. Aqui nossa ênfase recai em alertar que o desafio do *trabalho em equipe* é o próprio desafio do *trabalho na saúde*, como se pode ver nos pressupostos das referências que adotamos (Zarifian, 2001a; Schwartz; Durrive, 2007; Clot, 2010; San-

Nova Digital | Proibida Impress

tos Filho; Barros, 2012): atividade sempre criativa, que se efetiva na interface entre prescrito e real, entre a norma e a renormatização; que é sempre produção de coisas/produtos, da organização e também de si mesmo e do coletivo; que se realiza como encontro (de histórias e experiências singulares, instrumentos, conhecimentos, etc.) e que sempre se faz em uma dimensão coletiva e de aprendizagem.

Nesse sentido, por onde explorar a perspectiva do *trabalho em equipe* já contida nessa acepção? Para esse diálogo revisitamos os pontos que nos interessam, lembrando: o trabalho significa produção de saber e de conhecimento prático, sendo campo de formação permanente que se efetiva na vivência das situações concretas e na relação com o outro. Assim é que os sujeitos se tornam *competentes* para enfrentar as demandas do trabalho, *competência* compreendida em relação direta com a prática de fazer-aprender (Zarifian, 2001a, 2001b) e não restrita a valores e habilidades da prescrição profissional; competência como atitudes, posicionamentos, ações e aprendizados que se constituem na medida em que se confronta, coletivamente, com as situações de trabalho e com elas se (re)posicionando, produzindo a si próprio e o coletivo.

Pois bem, o trabalho em saúde é um espaço onde se efetivam essas conexões ou *encontros* entre as situações e os sujeitos da produção: trabalhadores entre si, com gestores e usuários. E, seguindo a *humanização como política/*PNH (Brasil, 2008), a proposta é se investir na promoção da interação entre tais sujeitos, para isso se tomando como base o conceito de *transversalidade* (Guattari, 2004), em busca de uma maior abertura na relação comunicacional entre eles. Essa concepção põe a necessidade de uma participação ativa e inventiva dos sujeitos, numa atitude de compartilhamento, de corresponsabilização e de construção coletiva de projetos comuns ou do comum do trabalho. Isso exige que se discuta, nos coletivos, as dimensões de saberes, poderes e afetos que estão presentes nas relações de trabalho (Campos, 2000a). E por esse caminho se oportuniza o conhecimento dos fatores institucionais e subjetivos aí envolvidos, o tensionamento das fronteiras dos saberes e a construção dos *comuns de trabalho*.

Consideramos que a ideia de transversalidade tem utilidade tão especial nesse entorno, que buscamos em seu próprio autor (Guattari, 2004) um alerta no campo da saúde. Para ele, "num hospital o *coeficiente de transversalidade* (que pode ser mais baixo ou mais alto) é o grau de cegueira de cada membro do corpo de funcionários." Nessa linha de pensamento outros autores nos ajudam a entender que na medida em que se aumenta o grau de transversalidade aumenta-se o poder de agir dos coletivos de trabalhadores (Deleuze; Guattari, 1995; Clot, 2010). Associada a esses conceitos, a ideia de *intervenção* diz dos movimentos a se fazer partindo-se do próprio espaço de trabalho (e de seus problemas); diz da mobilização de processos, de sujeitos e coletivos. Está associada ao aumento do grau de transversalidade, para mudar os padrões habituais, verticais, de comunicação institucional. Vem na perspectiva de provocar *efeito nos grupos*, incitando e apoiando a análise das situações vividas, perseguindo a alteração nos posicionamentos e atitudes diante dos fatos (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009). É um caminho que afirma que todos nós somos corresponsáveis pela gestão das situações de trabalho e temos o potencial de ajudar a transformá-las ou mantê-las como estão.

Não obstante essa compreensão ético-estético-política do trabalho, no espaço concreto dos serviços de saúde convive-se, desde sempre, mas atualmente de forma muito intensa, com o desafio de fazer valer essa acepção/premissa (de protagonismo) e um importante grau de alienação dos profissionais e também dos usuários. Isso aparece de várias formas, como por exemplo se acreditar trabalhar apenas seguindo-se uma racionalidade tecnocientífica e protocolar que, por um lado, seria o suficiente para o (bem) agir e o (bem) integrar e, por outro, que se daria como racionalidade neutra dos valores que estão no entorno, dando-se apenas como execução de tarefa e idealizando-se (ingenuamente) um *compartilhamento natural* entre pessoas, profissionais, setores, ações, etc.

Ao provocar a reflexão sobre o *trabalho* na obstetrícia e neonatologia, destacamos o quão necessária se faz tal discussão, pela complexidade própria do campo mais amplo onde se inscreve – o

cuidado ao parto e nascimento. Trata-se de um campo onde se cruzam múltiplos sujeitos de interesse e múltiplos valores perpassando o âmbito científico: envolve mulheres (e homens), família, profissionais (várias categorias, várias funções, etc.), alunos, a organização/serviços (e seus múltiplos setores), os movimentos sociais, de gênero, a igreja e seus dogmas, o estado/governo e seus princípios, etc. Durante as oficinas as enfermeiras deixam emergir tudo isso que se cruza em seus corpos de diferentes maneiras, seja nos imaginários ou nas vivências concretas: sentem que sua inserção "ameaça ao médico" e a outros atores não só pelas questões restritas ali do trabalho mas "pelo risco do empoderamento da mulher", neste caso referindo-se à mulher usuária e à enfermeira. Dizem da situação usual da "medicina ocupando todo o espaço e impedindo a sua entrada"; da leitura social que se faz de sua (vontade de) participação, vista como "ativismo e não como ciência". Enfim, expressões vivas de um cenário político-social mais amplo.

Por outro lado, como o trabalho na saúde em geral, a prática obstetriconeonatal acontece em meio a vários tipos de transformações atuais no sistema produtivo e nos processos organizativos locais, com crescente incorporação tecnológica, expansão da farmacomedicalização, adoção de protocolos e normatizações para padronização da prática, enrijecendo a relação assistencial e com perda de autonomia dos próprios trabalhadores no exercício e controle de sua atividade. É esse contexto que também induz à fragmentação e à atuação isolada, portanto exigindo-se cada vez mais o aumento da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos/coletivos para se corresponsabilizarem no enfrentamento dessas tendências.

ALINHANDO O CONCEITO DE CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

O conceito de clínica ampliada (Campos, 2006; Brasil, 2009) precisa ser enfatizado nesse campo de prática porque diz da ampliação dos objetos, objetivos e recursos incorporados no cuidado. Na

atenção ao parto e nascimento compreendemos que o objeto se amplia para além de doença, não só por se considerar a gravidez como uma condição fisiológica mas por se tomar a mulher em suas necessidades subjetivas, especialmente associadas ao momento singular da gestação; amplia-se também o objetivo da assistência, almejando-se o máximo de protagonismo e autonomia da mulher; e ampliam-se os recursos aí envolvidos, não se restringindo ou se aprisionando nos recursos clássicos de diagnóstico (de doença) e intervenções terapêuticas. O cuidado ao parto e nascimento passa por acompanhamento e intervenções articulando saberes e experiências diversas, inclusive da própria mulher e pela afirmação de um *encontro* entre dois sujeitos (trabalhadores de saúde e usuário) em situação plenamente interativa, em atitude solidária e numa busca de corresponsabilização. É assim que o conceito possibilita ampliação de diálogo entre saberes que perpassam a *obstetrícia/ neonatologia* operados na prática mais ampla do cuidado à mulher na gestação, parto e nascimento.

Decorre daí que a *clínica* necessária a esse sujeito é a que se opera por construções coletivas e que o *cuidado* é compreendido na relação direta com o (tipo de) *encontro* que se firma na *ética da alteridade,* num fazer coletivo em defesa da vida. Ao resumir sua compreensão ao ver a boa integração das enfermeiras no hospital em que estagiou, uma aprimoranda diz com segurança e orgulho: "as enfermeiras (na potente integração no trabalho) fazem diferença na vida de cada mulher".

DESAFIO DO TRABALHO EM EQUIPE EM CONTEXTOS DE ALIENAÇÃO NO TRABALHO

Se as necessidades dos sujeitos da produção da saúde (trabalhadores, gestores e usuários) extrapolam, em muito, as dimensões objetivas e tecnopráticas, é essa concepção de clínica que possibilita operar com dimensões ampliadas. Por esse raciocínio compreende-se a necessidade de articulação de *saberes* (das diversas profissões)

Nova Digital Prioridade Impress

não como um somatório de profissionais, mas especialmente no sentido de uma interlocução de disciplinas (ou de intertransdisciplinaridade) para *dar conta* da complexidade do cuidado. Por outro lado, essa interlocução de saberes e sujeitos/profissionais está diretamente associada à tradição de como se estabelecem as *relações* nos serviços de saúde, no contexto da divisão técnica e social do trabalho. Nessa tradição observa-se acentuada *assimetria de poderes* entre as diferentes categorias profissionais, entre os profissionais e suas chefias e entre todos esses e os usuários.

Para sua superação não basta a justaposição profissional e qualificação para o agir individualizado; há que afirmar autonomias em interdependência (Peduzzi, 2001) ou num equilíbrio entre autonomia individual e coletiva (Zarifian, 2001a). Assim contextualizado, não é pelo campo da *atenção* isoladamente (a esfera do conhecimento, saberes, habilidades, competências técnicas, etc.) que serão transformados os serviços em sua organização e cuidado; é pelo campo da *gestão* (e à luz da *clínica ampliada*) que se pode colocar em análise tanto os *modos de cuidar* como os *modos de gerir,* ambos em interrelação com os *modos de formar,* como indica a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (Brasil, 2010). Isso é base importante da constituição do trabalho em equipe, isto é, buscando-se a superação de uma hierarquização vertical das relações de saberes-poderes e avançando para uma organização lateralizada, seguindo o princípio da transversalidade. Isso se dá pela mobilização dos sujeitos nos espaços concretos de trabalho, cavando caminhos para sua *análise coletiva.* Esse caminho faz vir à tona os elementos que perpassam as relações e possibilita aos sujeitos (re)inventarem seu próprio trabalho, (re)inventando inclusive *os modos* de se estar no trabalho.

O trabalho em equipe é um desses modos, portanto possível, mas não sem um movimento político-metodológico no caminho. É por isso que dizemos dele no campo da *gestão*, porque passa por mobilização pessoal, relacional e institucional. E à luz da cogestão (Campos, 2000a; Brasil, 2008) porque passa pela construção de corresponsabilização dos (diferentes) sujeitos com as mudanças desejadas.

A formação-intervenção vem no sentido de aumentar a potência de agir no trabalho. Valoriza a formação para o trabalho em equipe porque não se trata de fomentar disputa para inversão dos poderes tradicionalmente assimétricos, mas da construção de projetos comuns que atendam aos interesses dos usuários, dos (diferentes) trabalhadores e da instituição.

No campo obstétrico o acirrado tensionamento entre as corporações médica e de enfermagem pode induzir à simplificação dos caminhos de enfrentamento da situação, no risco de se colocarem como adversários, caindo-se numa árida disputa cujo alvo seria a troca ou alternância do poder, luta que não estaria a favor nem do usuário nem do serviço/trabalho em equipe. De fato, o saber-poder entendido como biomedicocentrado-hospitalocêntrico não é uma exclusividade da corporação médica, mas do sistema de saúde como um todo, ou do estatuto de saber científico que é reproduzido na lógica do micropoder (Foucault, 1995). Atualmente, isso se acentua sob o domínio do sistema socioeconômico mais amplo e todo o pesado arsenal técnico-político da indústria da saúde, com seus padrões de organização da prestação de serviços, levando a uma prática mais instrumental e fragmentada, fragilizando-se os vínculos afetivos com o trabalho. Além disso, prática carregada de excessos (de fármacos, exames, procedimentos, de indicações de modos corretos de viver, etc.), condicionada às pressões do modelo vigente e carregada de prescrições morais travestidas de neutralidade. No campo obstétrico várias situações ilustram esse tipo de prática, passando por julgamentos e comentários constrangedores nos momentos de atendimento. As condições da relação profissional-serviço-usuário são marcadas por restrições de tempo, de interações condicionadas à institucionalização e tecnologização do trabalho, atualmente hipercodificado e comprometendo a comunicação compreensiva entre esses sujeitos. Nesse contexto observa-se um tanto de alienação que abrange a todos que estão no meio, expropriados de sua condição de agente no processo produtivo, alienação inclusive pela própria dificuldade de compreender os interesses mercantis e expectativas conflitantes que estão no entorno da sua prática (Gomes, 2017; Santos Filho, 2018).

Daí que, ao invés de se identificar atores ou corporações como em posições adversárias, mais potente é lidar com a lógica de problemas/obstáculos que precisam ser enfrentados por meio de alianças. O isolamento reduz a capacidade de agir. Mais potente é mirar o campo da gestão-formação, nele se travando tensionamentos na esfera do trabalho, buscando abertura para vínculos e intercomunicação entre os diferentes. Ampliando um pouco mais o desafio: melhor não se cair no risco de uma luta para se ganhar como corporação, já que os princípios da transversalidade (abertura de fronteiras) e do coletivo são os que nos regem na perspectiva ético-política. E, ainda, lembrando que uma força efetiva só se pode constituir em rede, tecendo cumplicidades. Vale ressaltar que, nessa direção, o aumento do protagonismo da enfermagem na discussão do trabalho pode inclusive ajudar o conjunto de trabalhadores a refletir sobre o contexto de alienação que acomete a todos, já que as pressões do sistema vêm exacerbando o grau de heterocontrole de suas práticas. E nesse desafio disparar coletivamente movimentos de resistência ao *instituído*, efetivando-se a capacidade (*instituinte*) de (re)invenção que se coloca em ato nos contextos adversos, fazendo crescer o potencial de agir. Acompanhando Escócia (2004), salientamos que o coletivo "vem de outra parte, que não se inscreve na relação de oposição, mas que é capaz de, ao cruzá-la, produzir perturbações, problematizar e atrapalhar a lógica dicotômica."

A perspectiva do trabalho em equipe, à luz da transversalidade, permite abrir um campo fértil de discussões em torno das próprias boas práticas de atenção, defendidas entre as diretrizes para um novo modelo de cuidado ao parto. Podemos formular a seguinte equação para compor o desafio: algumas práticas tradicionais hoje consideradas inadequadas e ainda efetuadas e defendidas por um modelo hegemônico expropriador do protagonismo das usuárias, e mesmo do protagonismo dos trabalhadores, assim acontecem ou prevalecem porque se dão no contexto de um *tipo* de *implicação* profissional e mesmo uma *sobreimplicação* (Lourau, 1995). E se a *transversalidade* é que permite por em análise as *implicações* dos sujeitos, permitindo ver o diferente, é por esse caminho (na es-

fera do trabalho em equipe) que se pode *modificar as implicações* de cada um e dos grupos profissionais. Daí tornarem-se capazes de se deslocar de *apegos* e posições e, pelo movimento coletivo, *abandonar* ou adotar um ou outro tipo de prática, num outro patamar de compreensão acerca daquilo (o que seja mais nocivo ou improcedente ou que não se justifica à luz das evidências atuais e as vantagens/benefícios de outras práticas). De modo mais ilustrativo: é esse caminho que pode levar um serviço a, (re)organizando-se em equipe, deliberar coletivamente acerca do sentido (ou falta de sentido ético-científico) de uma determinada conduta ou procedimento, como por exemplo o uso da episiotomia como procedimento habitual em todos os partos.

Indo mais além: perspectivar a transformação dos modos de cuidar, com um modelo alertando sobre a impertinência de alguns procedimentos não pode se restringir ao aspecto da evidência científica que contraindica tais procedimentos e assim se ater apenas à meta de sua eliminação ou substituição por outro procedimento. Isso não basta. A discussão/os procedimentos precisam ser contextualizados na relação de cuidado e esfera singular das necessidades do sujeito (às vezes exigindo-se até mesmo um procedimento tradicional). O que precisa, portanto, ser superado é a visão biomédica de olhar exclusivo nos aspectos biológicos e medicalizadores com negação das outras dimensões presentes no processo de saúde-doença-cuidado, no caso o processo gravídico e sua própria singularidade como *processo complexo* ou um *momento de vida e de subjetividade complexos*, mas não caracterizado como uma doença.

Em qualquer circunstância, o profissional não pode utilizar um procedimento (qualquer que seja) protegendo-se nele (ou alienando-se com ele). Mas colocá-lo no contexto de cuidado singular, avaliando-o no sentido de *serviço útil e válido* (Zarifian, 2001a). A Saúde Mental, ao abrir o debate sobre o cuidado aos seus 'objetos-sujeitos' singulares, teve a coragem de pôr em questão o abuso de procedimentos medicalizadores e assim vem operando com o desafio de construção de novas práticas, sempre passando pelo coletivo. E, vale dizer, não se trata de simples abandono ou desqualificação

de procedimentos clínico-técnicos, mas inclusive de sua devida valorização quando bem contextualizados. Isso deve servir de base para outros campos de saberes e práticas no trabalho em saúde.

AMPLIANDO A FORMAÇÃO COMO TRABALHADOR DA SAÚDE E COMO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O trabalho que se realiza ao cuidar do outro (mulher-criança) e ao se relacionar com os pares/colegas (âmbito dos processos de trabalho, gestão e aprendizagem permanente) não se dá em contexto neutro. Acontece em meio às relações de saber-poder e assimetrias entre as corporações profissionais. Portanto, não são simplesmente a falta de enfermeiros obstetras e de preparação técnica que limitam ou impedem sua inserção no trabalho em equipe na atenção ao parto. Sua *exclusão* se dá num contexto de tradicionais disputas institucionais (de paradigmas inclusive) que precisam ser debatidas no campo da *gestão* do trabalho.

É nesse *contexto institucional* que se deve analisar os hábitos, as escolhas e as adesões aos diferentes tipos de práticas. Como o trabalho é resultante das movimentações que nele se fazem, em sua dinâmica observam-se tanto as resistências, os boicotes explícitos e implícitos como também os deslocamentos que os sujeitos fazem superando ou modificando suas próprias subjetividades. Acerca disso, vale registrar a reflexão de uma aprimoranda após sua passagem pelas oficinas, expressando um tipo de deslocamento – ela diz: "a gente (habitualmente) usa a palavra gestão sempre referindo-se ao outro e sempre culpabilizando o outro".

A abertura educacional para este debate parte do princípio de que não bastam iniciativas para resolver a insuficiência de profissionais e despreparo técnico para a prática profissional, mas formar para interferir na (baixa) capacidade de análise-intervenção no trabalho, na condição de protagonismo e autonomia, isto é, no âmbito do trabalho em equipe, da organização e gestão dos processos e das práticas. No caso em questão, formar para alterar o modelo hege-

Nova Digital Profissional Impress

mônico e seus tentáculos de reprodução de práticas excludentes, discriminatórias, fragmentárias, etc.

A formação como *profissional da saúde* (que diz da qualificação específica, no caso para a prática obstétrica) precisa, portanto, ser ampliada para a formação como *trabalhador da saúde* (Machado, 2008). Ao justapor essas duas categorias, aqui não interessa a sua dimensão trabalhista-empregatícia. Interessa seguir na interlocução entre trabalho-gestão-formação, compondo um diálogo articulando *saberes de núcleo* e *de campo*, no sentido de uma formação compatível com as necessidades da realidade atual. A discussão de *campo* e *núcleo* aparece na Saúde Coletiva (Campos, 2000b) como um importante conceito-ferramenta. Aqui nesse terreno vemos sua potência nos âmbitos de interesse formativo, considerados indissociáveis quando se almejam mudanças de paradigmas, reorganização de serviços e de equipes multiprofissionais. Por *competências de núcleo* são englobados os elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional. Abrangem atividades específicas de cada profissão, a sua especificidade e especialidade, ou o conjunto de saberes daquela área. Núcleo seria a aglutinação de conhecimentos demarcando uma área de saber e prática profissional, no caso a especialidade enfermagem obstétrica. A *competência de campo* remete-se a um espaço de limites imprecisos, aí agregando disciplinas e aspectos que indicam a necessidade de se apoiar uns nos outros para a atuação e cumprimento das tarefas teóricas e práticas. Campo remete-se a uma esfera mais aberta (ampliada), sendo definido a partir do contexto em que operam as categorias de profissionais, em interrelações. Campo, nos cursos em questão, seria remetido à apropriação de conceitos e ferramentas que facilitem a compreensão do mundo do trabalho em sentido ampliado, com análise dos modos de inserção e relações com ele estabelecidas. No caso da atenção ao parto e nascimento, inserções e processos de trabalho em equipe que são perpassadas por um conjunto de elementos circunstanciais, atravessando as relações de saberes, poderes e afetos próprias ao mundo do trabalho.

A formação para lidar com as realidades de saúde exige que o real da organização do trabalho, das práticas sanitárias e todos os fatores que se intercambiam no processo de produção da saúde (sempre envolvendo trabalhadores, gestores e usuários) sejam tomados como pautas. Entretanto, na tradição dos cursos em geral, são negligenciados ou subestimados em detrimento da centralidade de conteúdos às vezes ministrados de forma abstrata e descontextualizada. Centram-se em competências restritas que só garantem uma qualificação pontual. Na problematização desse conceito, Zarifian interessa-se pelo que chama de *competência* (no singular), diferenciando de *competências* (no plural), referindo-se ao conjunto de saberes específicos tradicionalmente abordados na qualificação profissional, inquestionavelmente necessários, mas insuficientes. É a experiência circunstanciada de trabalho e sua análise que permite identificar as necessidades de qualificação, recriar a própria prática e o conhecimento, possibilitando a aplicabilidade efetiva dos saberes, técnicas, tecnologias, etc. Caso contrário, a aprendizagem mantém-se no abstrato, como nas situações de enfermeiros-alunos que passam pelas aulas e estágios, onde *aprendem* e se encantam com tecnologias e condutas (e todo o arsenal protocolar e do prescrito como boas práticas), ao mesmo tempo sem vislumbrar as condições de aplicabilidade em seus serviços, sem reflexões que levem à construção de *valor de uso* ao contexto da experiência.

As realidades singulares (sujeitos e organização do trabalho) trazem necessidades e demandas que não se resolveriam somente com as prescrições ou normas antecedentes para o trabalho se fazer. E sendo assim, a (re)invenção permanente das normas e das ofertas compatíveis com as necessidades passa necessariamente pelos vínculos que cada um e todos estabelecem com o processo. Para Zarifian (2001b) o trabalho em equipe se embasa na atitude de *cooperação*, que gera confiança para agir, inventar, assumir compromissos, a partir do debate permanente de valores em direção a um fazer comum. É efetivo desafio de equipe porque exige *entradas* esperadas e também imprevistas de cada um e todos, em necessidades também imprevistas da organização do serviço e da *urgência* ou

imprevisto do usuário. E a disposição para essas *entradas* é construída ou fortalecida pela *confiança* que se produz no coletivo, isto é, na medida em que o espaço de trabalho seja oportunidade de respeitar, valorizar e se corresponsabilizar com as invenções, os desvios, os ajustes de saberes, as transgressões, subversões, etc., que precisam ser feitas no cotidiano, ou seja, o que passa pelos indivíduos em particular, mas que são assumidos e sustentados no coletivo.

Em pesquisa realizada no Hospital Sofia Feldman/HSF/SUS/BH (Bonaldi; Gomes; Louzada; Pinheiro, 2007) – um dos campos de estágio dos cursos –, aparecem exemplos que bem ilustram essa concepção do trabalho em equipe. Uma enfermeira relata como *inventou* uma vaga/um leito, não pela pressão usual da demanda sempre grande em qualquer serviço, mas na escuta diferenciada à expectativa/pedido da família manifestando o desejo de parir naquele local. Outra profissional *ajusta sua posição* (desviando do prescrito) para atender à posição desejada pela parturiente, além de atender ao pedido de mais parentes assistindo ao parto, extrapolando uma norma da casa. Uma psicóloga relata como *entra* na cena ao ver uma mulher em trabalho de parto e começa a passear com ela pelo corredor, fazendo massagem em suas costas, procedimento que certamente não consta da prescrição usual de uma psicóloga, isto é, sendo ato e atitude postos em cena a partir da confiança para assim agir naquele serviço. Em estágio recente nesse Hospital uma aprimoranda compara: no seu serviço "o pediatra precisa examinar o bebê para ficar liberado para outras ações, já no HSF outros profissionais assistenciais ficam observando o recém-nascido o tempo todo, sem precisar do pediatra vigiar o contato pele a pele".

Listaríamos inúmeros exemplos, de vários lugares, não para ressaltar *atos excepcionais ou que se fazem escondidos* (e mesmo com culpa) ou que se fazem como obrigações extras, etc., mas com o diferencial de atitudes que combinam com a *confiança para protagonizar*, com o *arriscar-se* sem ingenuidade no trabalho, neste caso produzindo (até) orgulho, ao contrário de culpa e sobrecarga (sentimentos que aparecem como desabafos quando agem apenas por submissão a ordens, sem ver sentido em sua ação). Vemos nesses exemplos a permeabilidade da equipe à participação ativa e

criativa também das usuárias, situação que Ceccim (2005) enfatiza como um dos valores para se considerar no trabalho em equipe.

Os exemplos servem também para reafirmar que o cerne da discussão de equipe não recai na polarização entre médicos e enfermeiros, como se a superação de divergências categoriais garantisse em si mesmo o trabalho em equipe. Por outro lado, no risco de se idealizar uma falsa horizontalização dos saberes-poderes, em que todos fariam as mesmas coisas, situação que também destoa da proposição de equipe. A concepção e desafios são em outra direção, que traz ao centro o *sentido comum* que se produz *entre trabalhadores* simultaneamente à *finalidade comum do trabalho*.

Feitos esses alertas, é importante considerar que a inclusão do enfermeiro obstetra na assistência ao parto é, sim, um potente movimento de superação ao prescrito do modelo hegemônico porque tal inclusão representa abertura no modelo instituído. Nesse caso, representa *intervenção* por induzir a própria quebra do *especialismo* que caracteriza o modelo biomédico tradicional, que supõe propriedade e controle sobre esse *objeto-tema* (e sobre a mulher). À luz de Foucault (1979) pode-se entender o trabalho em equipe, incluindo o enfermeiro na assistência ao parto, como um *dispositivo* de formação para mudar um paradigma. Dispositivo porque altera a configuração instituída, produzindo efeitos nas relações internas de trabalho e nos modos de cuidar. Para além do efeito direto em um campo específico (atenção ao parto e nascimento), é também contribuição ao SUS como política, porque fortalece o princípio de integralidade e seus correlatos.

As oficinas de análise do trabalho mobilizam os enfermeiros na ampliação de compreensão sobre essas perspectivas, ajudando a ver que não se trata apenas de busca de *um lugar ao sol*, mas de *preparação consciente* para disputas de sentido que fazem diferença no mundo do trabalho. E suas reflexões confirmam o crescimento em sua capacidade de análise. Uma aprimoranda diz: “me sinto mais fortalecida, conseguindo ver um pouco mais, porque antes ficava muito centrada em querer ter apoio de gestor como chefia” (expectativa centrada neste tipo de solução). “Saio mais fortalecida

no sentido de entender a necessidade de conquistar espaços, de compartilhamento". Outra diz que "agora sente-se mais confortável não porque o serviço está bom, mas porque tem o desafio de interferir porque o meio é ainda muito verticalizado, com equipe funcionando em separado, sem compartilhamento. Tem o desafio de não só eliminar práticas desnecessárias ou adotar bons procedimentos, mas para mudar filosofia de vida e sua prática profissional".

PLANOS DE INTERVENÇÃO COMO DISPOSITIVOS FORMATIVOS NA ARTICULAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

Ao se falar dos caminhos possíveis para (re)invenção dos modos de cuidar e de gerir, isto é, de (novos) modos de se estar no trabalho, é necessário lembrar que isso se torna necessário pela precarização atual dos serviços de saúde, prevalecendo trabalho fragmentado e processos verticalizados de atenção e de gestão. Por outro lado, a formação acadêmica é compartimentada, descolada da realidade e induz ao trabalho isolado. Mas, mais do que isso, o trabalho em sua própria conceituação traz desafios para seu ajuste permanente. A atividade de trabalho é sempre marcada pela relação dramática entre autonomia e heteronomia (Schwartz; Durrive, 2007). Trabalhamos sempre em meio a negociações, escolhas e arbitragens, nem sempre conscientes, considerando o contexto de inserção de cada um e de todos que estão naquele espaço, considerando também as políticas que são propostas, os valores e práticas instituídas e as relações de forças e de poderes presentes em cada situação de trabalho (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009).

São, portanto, esses contextos (de tensões próprias ao trabalho e de adversidades atuais) que devem ser tomados como pontos de partida para os enfrentamentos necessários.

No nosso caminho de aproximação dos serviços de saúde (seja no apoio institucional a eles ou em atividades formativas com suas equipes) sempre enfatizamos o uso de instrumentos de plane-

Nova Digital Prioridade Impress

jamento e avaliação como adjuvantes na análise coletiva do trabalho. A partir das experimentações desdobradas na Política de Saúde da Mulher/Rede Cegonha (e projetos afins), avançamos na articulação de uma lógica de planejamento, monitoramento e avaliação, convencionando-se como PMA, propondo-o como dispositivo de análise-intervenção (Santos Filho, 2010; Brasil, 2014).

Aqui colocamos em relevo a utilização desses instrumentos nos cursos, enfatizando-se não se tratar de *mero exercício*, mas sendo material de uso efetivo nos serviços. Mostramos a seguir como eles *articulam cursos e serviços* (*espalhando-se* nesses espaços), por isso atestando sua real *utilidade* em diferentes rumos, na ótica da transversalidade. Trata-se de instrumentos de diagnóstico situacional e planejamento, adotados pelos serviços parceiros dos cursos, em especial um dos hospitais de Belo Horizonte (HSF), mas agora se ampliando também para outras cidades. Esses serviços os adotam por já participarem de outros projetos conexos com a UFMG/MS e, portanto, já sendo material de uso em sua realidade. Em nossas indicações desses materiais, o seu *modo de uso* se destaca como processo de *avaliação coletiva*, possibilitando o *mapeamento de situações* e *planejamento de ações* com base na definição compartilhada de *metas*. Abrangem *indicadores* tradicionais, mas sobretudo permitem o seu uso como *analisadores situacionais-institucionais*. Ao estarem inseridos como material transversal na grade dos cursos, os alunos, no estágio, apropriam-se desse material, possibilitando que se integrem, por meio deles, no olhar avaliativo sobre o serviço, à luz de suas práticas e de sua vivência naquele período em que ali estão. De modo mais sistemático esse material é especialmente retomado na primeira oficina que mencionamos no contexto metodológico. Por outro lado, os alunos deles se apropriam para utilização em seus serviços de origem, com eles desencadeando movimentos para envolver os grupos locais em avaliações e intervenções, movimentos que em si mesmos já se propõem no rumo de *articulação de equipe* pois sobretudo são desafio de *encontros* para colocar a *experiência* em análise. Vale também salientar que o *modo especial* de apropriação dos instrumentos, por meio dos cursos, faz com que os trabalhadores-alunos *formem-se*

em um olhar avaliativo sistemático e *mais distanciado* acerca do trabalho, com isso assumindo protagonismo na própria condução das análises e das equipes em seus desafios de grupalidade.

A ideia que aqui trazemos de *movimento* ilustra bem a perspectiva de *intervenção* que nos interessa nesse caminho, e daí fazemos derivar alguns alertas. No complexo cenário dos serviços não basta o planejamento de ações (de mudanças) *para* serem implementadas. O planejamento é um recurso estratégico da gestão, mas há que se atentar para projetos/planos de intervenção que não se restrinjam ao caráter de programação de ações e, sim, de articulações a serem feitas. Uma reunião pode ser prevista numa programação usual de ações, mas ela pode não acontecer pela própria falta de tradição de reunião de equipe. Um procedimento/tecnologia/boa prática pode ser previsto para ser implementado, mas isso pode não ser cumprido pelo despreparo da equipe, por discordâncias de alguns, resistências, não-adesões, etc. Esses exemplos ilustram a *pertinência de ações* que devem compor um plano de trabalho, entretanto alertando que um planejamento só ganha valor de uso e potência quando vem articulado a *estratégias de sua implementação* e *mobilização de diferentes tipos de elementos* para construção de sua viabilidade. Nessa prática, não se mobilizam apenas racionalidades objetivas-organizacionais, mas, como já ressaltado, também a esfera das subjetividades, envolvendo aspectos técnicos, administrativos, políticos e afetivos, que dizem dos vínculos subjetivos com o trabalho, que têm relação direta com a história de cada sujeito e dos coletivos. Não adiantaria compor um plano estruturado com uma lista de boas práticas sem a mobilização desses diferentes aspectos porque pode-se tornar apenas uma *carta de (boas) intenções* sem terreno favorável (Santos Filho, 2010). Na prática educativa às vezes um plano se confunde com um trabalho de conclusão de curso/TCC constituindo-se apenas como documentos burocráticos ou abstraídos da realidade e sem potencial de contribuição efetiva ao que se espera. O direito a acompanhante nos serviços (como uma meta de humanização) ainda é uma prática limitada, apesar de constar em lei já de longo tempo, assim demonstrando que não basta apenas a previsão normativa de uma ação para ela

(bem) se implementar. Para funcionar como dispositivos/intervenção (e como metas e ações), os planos devem ser uma expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades coletivamente definidas e analisadas como viáveis, e avaliadas permanentemente quanto aos fatores interferentes em sua dinâmica. E que isso se dê em meio à discussão das atitudes dos sujeitos mediante as propostas institucionais e as realidades locais, compreendendo e buscando (novas) atitudes a partir dos movimentos que os permitem dialogar em torno das necessidades, de seus interesses e condições de viabilização. Vale lembrar que o trabalho inclui as normas antecedentes, e pode partir delas, mas é essencialmente o que os coletivos *fazem* com elas.

No processo de formação-intervenção – na experiência situada de trabalho –, muito importa o alerta de que não se trata de esperar de um único sujeito (um trabalhador-aluno), em ação isolada, a elaboração de um projeto que resulte como 'promessa/garantia de mudança'; não é disso que se trata, mas de ajudar tais sujeitos a passarem pelo processo formativo aumentando a sua capacidade de análise-intervenção (sua condição de autonomia e protagonismo), inclusive compreendendo que, em não havendo criação de condições para a mudança, não adiantaria a elaboração de um projeto apontando para as ações desejadas – não resultaria útil em sentidos ético, político, pedagógico e operacional.

Sabemos que os espaços de trabalho de muitos dos alunos-trabalhadores não são favoráveis nesse terreno, uma vez que comumente são espaços tradicionais quanto à sua organização e postura pedagógica, numa ótica mais centralizadora, verticalizada, fragmentadora, estilos de gestão com planejamento pouco participativo, ambientes áridos em termos de relações sociais (entre os próprios trabalhadores e entre estes e suas chefias), trabalho centrado em *tarefas* e *postos de trabalho* e não em valorização do trabalho em equipe e desenvolvimento compartilhado de competências em situações de trabalho (Santos Filho; Barros, 2012). Nesse sentido, ressaltamos a importância das *variáveis de contexto* na elaboração e implementação dos planos. E, num caráter formativo-interventivo, os momentos de sua discussão/elaboração devem ser momentos para

se problematizar isso, ajudando o coletivo a analisar e lidar com as contradições em sua vivência no trabalho – a lidar e superar as próprias resistências que cria em torno de tudo isso.

Em falas iniciais das enfermeiras que participam dos cursos é bastante comum remeterem a dificuldade dos cenários onde estão à simples oposição ou resistência de colegas e chefias com um novo modelo de atenção e com a abertura ao trabalho em equipe. Essas falas dizem, também inicialmente, de sua visão idealizada ou de expectativa ingênua de uma (dis)solução dessas oposições ou posturas do outro (dos gestores, colegas... adversários), a se dar por meio de uma prescrição externa (quase por um decreto) ou, também sendo comum, se colocarem em um contexto de *espera passiva* pela mudança do outro. Ora, é somente por meio de intenso debate acerca dos elementos presentes nessas posturas institucionais que se vai ampliando análises sobre tal cenário e caminhos de seu enfrentamento.

Por meio das análises coletivas, os enfermeiros vão ressignificando essas vivências, expectativas e percepções. Eles dizem: "cai a ficha de que a gente se faz de vítima e não sabe como sair do lugar". Que "não é simplesmente uma assistência ao parto, mas a constatação de que somos (o serviço) invasivos e resistentes a algumas coisas acontecerem em nossos hospitais". Que inicialmente a busca (no curso de qualificação profissional) era "em ter conhecimento, mas agora outra inquietude, com a cabeça fervendo de ideias, pensando melhor no *como* vai conseguir seguir, fazer, querendo alcançar...". Que se inserem no processo de trabalho "aquém do que deveriam em autonomia, não se sentindo como parte de equipe, sentindo-se muito podadas e sem condições de colocar em prática o potencial; que saem (em formação) para aprender mas depois não conseguem agir" e que "não foi fácil a desconstrução da compreensão usual sobre isso, um processo de desconstrução de tantos conceitos", mas o "curso abriu essa oportunidade".

Concluem: "muitas coisas mudaram na compreensão conceitual e política, não só técnica. Numa análise crítica de minha atuação, muitas vezes a gente está no papel de instituído, e apesar de querer ser instituinte, às vezes não consegue. Entra-se com crítica, vai-se

Nova Digital Provisória Impressão

contaminando e ficando mais instituído, e isso agora provoca a ficar alerta para não ficar assim."

EIXOS AVALIATIVOS DA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE

Pelos referenciais aqui trazidos o *trabalho em equipe* é o próprio caminho que garante a *realização do cuidado,* na complexidade que o caracteriza e em sua finalidade esperada.

Aqui propomos eixos para nortear um olhar avaliativo da qualificação profissional, tendo por base a noção de competência e o trabalho como (trans)formação de práticas e de sujeitos/coletivos. Alinhando-nos à ideia de *lógica competência* de Zarifian (2001a), propomos uma *lógica avaliativa* por acreditar que as inovações propostas exigem ampliação também nos referenciais avaliativos, envolvendo múltiplas dimensões, múltiplos sujeitos e novos modos de fazer (Santos Filho, 2010, 2011; Santos Filho; Souza; Gonçalvez, 2011).

Nesse sentido há que fazer desvios dos rumos avaliativos tradicionais que, entre outras limitações, focam-se em critérios reduzidos de qualificação profissional e desempenho. Propomos que a análise do trabalho em saúde permita ver o que as práticas/experiências concretas, coletivas, fazem emergir como coisas, produtos e também como sujeitos e novas subjetividades. O que expressa *protagonismo* em meio às diferentes formas de organização e de gestão em determinado ambiente de trabalho (e não numa perspectiva abstrata). Assim, questionamos, se o homem/trabalhadores/coletivos (trans)formam-se com a própria experiência e se o trabalho é sempre *(re)invenção* de si mesmo, se nele há sempre um componente de *resistência-luta*, como isso se manifesta em termos de produção de subjetividade e de movimentos para transformação das práticas?

Ao se demarcar esse campo de abrangência, almeja-se a produção de análise-avaliação, usando-se de indicadores, mas tratados como *analisadores*, vendo-se quais elementos os trabalhadores mobilizam no trabalho e que lhe garante eficiência e utilidade como

serviço-cuidado-trabalho em equipe. Nessa perspectiva articulamos eixos avaliativos, multicriteriais, compostos em múltiplas direções como apresentado no quadro seguinte.

Quadro 1. Eixos avaliativos que dizem da mobilidade dos sujeitos na relação com o trabalho

- Movimentos que atestam a atitude de cooperação profissional – formas de se estabelecerem como parceiros e referências entre si
- Posturas indicando tomada de decisão com responsabilidade para com um problema, um procedimento ou respostas que precisam ser dadas em situações rotineiras e também imprevistas
- Disponibilidade para a construção e participação de projetos coletivos
- Capacidade de produção de inovações, com iniciativas para lidar com as demandas e situações mais prevalentes, contribuindo na ampliação do cardápio de ofertas do serviço
- Capacidade de (re)inventar/adequar linguagens que favoreçam a aproximação com os usuários e familiares
- Situações que expressam ampliação do espaço de atuação/ação, além de sua área específica, indicando não um acúmulo de funções vistas como separadas, mas como ampliação da capacidade de interferir no que aparece como demandas (ampliação do horizonte de intervenção para além da fronteira do saber específico)
- Estratégias encontradas para se integrar os saberes/conhecimentos, expressando como compreendem a interdependência do trabalho e sua influência na qualidade dos processos e resultados
- Movimentos que expressam como se dão os pedidos de ajuda e trocas de opiniões entre colegas em torno das situações, verificando como isso se realiza formal e informalmente e como repercute na qualidade para os usuários, para a instituição e na própria *qualidade de vida no trabalho,* com ganho de segurança e satisfação ao *fazer junto* com os pares

Fonte: Santos Filho, 2011 (adaptado).

Esses eixos que dizem da mobilidade dos sujeitos estão estreitamente articulados a outros que dizem da mobilidade institucional, como apresentado no quadro 2.

Quadro 2. Eixos avaliativos que dizem da mobilidade institucional na indução de mudanças no trabalho

Capacidade institucional de:

- ampliação dos espaços coletivos de discussões, planejamentos, análises
- espaços para revisões periódicas, coletivas, da incorporação de instrumentos/protocolos
- estratégias de formação de equipes trabalhando de modo colegiado
- criação de instâncias protegidas para que os trabalhadores sintam segurança em se manifestar
- construção participativa de critérios de avaliação do trabalho e desempenho, com oportunidades para se implicarem nessas avaliações, superando o enfoque centrado em produtividade e trazendo para o cotidiano análises que levem em conta os sentidos do trabalho
- fazer interferências nas agendas, possibilitando o *uso do trabalho* também como espaço sistemático de produção e compartilhamento de experiências e conhecimento
- viabilização de oportunidades diversificadas de relacionamentos, com abertura para a comunicação e interações em rede
- viabilização de meios concretos para se exercitar a autonomia e qualificação: meios técnicos, acesso a informações, às redes de relações e de formação profissional, incluindo a disponibilização de tempo para isso

Fonte: Santos Filho, 2011 (adaptado).

Nova Difusão Editorial Impress

Esses eixos avaliativos passam pela difícil tarefa de fazer equilibrar autonomia individual e coletiva, entre o seguimento das diretrizes e normas institucionais e as reinvenções ou ajustes nessas normas, em conformidade com as condições existentes nos diferentes momentos dos serviços. Essa tarefa traz uma responsabilidade considerável para os sujeitos em posição de *chefia*, estratégicos na mobilização institucional e ajudando as equipes a crescer em sua própria regulação interna. Evidentemente a meta ou parâmetro nessas avaliações não seria a expectativa de uma organização estanque e equipes *estabilizadas na harmonia*, mas tendo acompanhamento em seus coeficientes de transversalidade.

Finalizamos esse tópico trazendo um terceiro quadro usado nos cursos para avaliação do *potencial dos planos de intervenção* elaborados pelos alunos em seus locais de trabalho. Aqui o objetivo deste quadro é resgatar o que foi abordado anteriormente sobre isso e mostrar como os eixos avaliativos dos quadros 1 e 2 perpassam o olhar avaliativo sobre os planos de intervenção.

Quadro 3. Dimensões ou critérios para análise da potência de um projeto de intervenção na perspectiva da transversalidade

O Projeto tem potência para:
• criar oportunidade (momentos, encontros, espaços) de análise coletiva do trabalho? De ativar espaços coletivos de interação entre as pessoas?
• ampliar a capacidade de análise sobre o trabalho? (melhor compreensão dos fatores que interferem nos processos, nas relações, nos modos de trabalhar e de prestar serviço – olhar crítico sobre fatores que interferem para favorecer ou dificultar uma determinada prática, que favorecem ou dificultam o protagonismo e a corresponsabilização)
• abrir discussões com chefias e/ou atores-chave do serviço (pessoas que exercem influência, formadores de opinião, etc.)?
• modificar a forma de comunicação no trabalho, com mais abertura para diálogo intraequipes e interequipes, intersetores, etc. (maior abertura para comunicação no sentido de abrir caminho para conversar sobre pautas de interesse)?
• ampliar as parcerias e alianças no trabalho?
• mediar a construção de objetivos comuns ao trabalho?
• ampliar a capacidade de pactuação de compromissos acerca de propostas de interesse para o serviço? (Não se trata de negar ou anular as diferenças de pensamento, mas de buscar parceria acerca de propostas que passem a compor um interesse comum ao serviço)?
Busca contemplar:
• a construção de uma agenda para viabilizar os encontros necessários às análises e construções coletivas de ações e compromissos?
• as agendas garantem participação ampliada de todas as categorias de trabalhadores (técnicos, administrativos, serviços gerais, etc.)?

(*continua*)

Nova Digital | Proibida Impressão

Quadro 3. Dimensões ou critérios para análise da potência de um projeto de intervenção na perspectiva da transversalidade (*continuação*)

Busca contemplar:
• metas estabelecidas coletivamente?
• a construção coletiva de um plano de trabalho e um planejamento de ações?
• a construção coletiva de um plano de acompanhamento avaliativo das ações, metas e compromissos assumidos?
• o envolvimento de entidades e atores setoriais, intersetoriais, interinstitucionais, que têm relação com os focos de interesse: Secretarias de saúde, Fóruns perinatais, Conselhos, Associações de Classe, Sindicatos, Ministério Público, etc.? (envolvimento em algum âmbito estratégico, como por exemplo para ajudar a respaldar alguns movimentos, para ajudar a esclarecer premissas legais ou outras, etc.)

CONCLUINDO: AMPLIANDO AS REDES INSTITUCIONAIS PARA APRIMORAR O CUIDADO E O TRABALHO EM EQUIPE

A transformação das práticas profissionais e do trabalho em saúde requer processos formativos inovados também aos docentes/instituições de ensino, para sustentação de novas metodologias na educação permanente e nos modos de integração ensino-serviço. Lembrando Paulo Freire (1959), toda política educacional precisa responder aos problemas de sua época, impulsionando mudanças. Tanto a prática sanitária como a educacional com caráter de assistencialismo induz à passividade e não à corresponsabilização.

Os projetos político-pedagógicos precisam incorporar novos valores e saberes, passando pelo campo da saúde coletiva. As avaliações em torno dos cursos multicêntricos recentes, trazidas neste Livro, demonstram o potencial das iniciativas na ampliação de redes de saberes, de intervenções para mudança de processos e práticas e de compromissos interinstitucionais, envolvendo equipes dos serviços, gestores, instituições formadoras, entidades de classe e outras.

Neste momento, as iniciativas estão se ampliando na interlocução com um projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, também na parceria entre MS e UFMG (Brasil, 2017). Nele se articulam processos de avaliação-formação-intervenção junto aos hospitais de ensino brasileiros, apos-

tando em sua capacidade de apoio formativo a toda a rede SUS (ver capítulo 1/parte 6 deste livro).

A missão e objetivos dos processos de formação profissional adequados ao SUS não podem se restringir às *competências/habilidades da profissão* em esferas específicas de saber. Os processos de qualificação tradicional centram-se em competências ou um conjunto de prescritos e negam o saber da experiência do trabalho, o conhecimento prático. Prendem-se a saberes específicos da profissão, claramente insuficientes para atender às necessidades ampliadas dos sujeitos. Sem negar a inquestionável importância dessa abordagem, põe-se a necessidade de ampliá-la como condição necessária para se produzir *serviço* em uma *ética de cuidado.* E entendendo que a *prestação do cuidado* não pode se reduzir à esfera de uma profissão; é missão que se opera à luz do coletivo/equipe multiprofissional.

A formação-intervenção contribui com a ampliação dos focos e das estratégias de qualificação profissional, incorporando a prática da *análise coletiva do trabalho.* Nos cursos em questão, a participação de professores, preceptores e outros atores nas referidas oficinas, garante um efetivo entrecruzamento de vivências e percepções (os diferentes *pontos de vista* tão valorizados na nossa lógica avaliativa). Nesses espaços escutam-se e expressam-se os sujeitos de seus diferentes lugares de saberes e experiências, com oportunidade de se tensionarem todos no embate entre suas porções de instituídos e instituintes, todos convidados a se sentirem em formação.

A análise do trabalho traz em si um potencial de ampliação do entendimento coletivo, fazendo emergir incômodos (entre os pares), mas sendo úteis para ampliar a relação de confiança. É um dispositivo que produz alargamento do campo de comunicação-intercompreensão e de aprendizado da cooperação. É um dispositivo de formação-intervenção pela capacidade de alterar as relações de (des)confiança e aumentar o grau de grupalidade. Não se institui para constatar a insatisfação dos grupos, mas ajudando a colocar em análise as questões implicadas nesse proces-

so, identificando suas lacunas e desvelando as estratégias utilizadas pelos sujeitos para aproximar o trabalho dos objetivos inicialmente previstos. Nesses espaços desvelam-se (e se valorizam) o que os trabalhadores põem em funcionamento para dar conta da produção, das limitações da prescrição, da variabilidade presente, e isso inclui os equívocos, a criação, as transgressões, as não-adesões, omissões, as frustrações, etc. Por esse caminho possibilita-se que condutas, posturas e práticas sejam revistas e (re)pactuadas, corresponsabilizando-se com o que *faça sentido* e seja possível de adaptação para aquela realidade concreta. Esse é o caminho pelo qual uma equipe se (re)constitui, se integra e se configura como um coletivo.

REFERÊNCIAS

Baremblitt GF. O inconsciente institucional. Belo Horizonte: FGC/IFG; 2011.

Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R, 2007. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. (orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-Abrasco; 20017.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humanizasus. V.4.: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000a.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas Ciênc. saúde coletiva 2000b; 5:219-230.

Nova Digital - Prefeitura Impress

Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS. et al (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006.

Ceccim RB. Onde se lê "recursos humanos em saúde" leia-se "coletivos organizados de produção em saúde": desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos R (orgs). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005.

Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. São Paulo: Ed 34; 1995.

Escócia L. O coletivo como co-engendramento do indivíduo e da sociedade. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Freire, P. Educação e atualidade brasileira. Tese de concurso para a cadeira de história e filosofia da educação na Escola de Belas Artes de Pernambuco. Recife, PE; 1959.

Gomes, R.M. Humanização e desumanização no trabalho em saúde. RJ: Fiocruz, 2017.

Guattari F. Psicanálise e transversalidade. Aparecida, SP: Ideias e Letras; 2004.

Lourau R. El estado y el inconsciente. Barcelona: Kairós; 1980.

Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.

Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, orgs. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. RJ: Fiocruz; 2008.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública 2001; 35:103-109.

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí; 2010.

Santos Filho SB. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização da relação de serviço. Tempus: Actas de Saúde Coletiva 2011; 5:11-32.

Santos Filho SB. Alienação no trabalho médico no enfoque da humanização-desumanização no trabalho em saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2018.

Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação 2009; 13:603-613

Nova Digital | Propriedade Impress

Santos Filho SB, Barros MEB O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v.6, n.2, p.101-122, 2012.

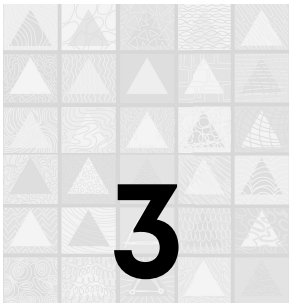
Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalvez L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Onocko Campos R, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes: Campinas: Ed.Unicamp; 2011.

Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007.

Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001a.

Zarifian P. Objetivo Competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001b.

ova Digital – Proibida Impress



3

Construção coletiva de instrumento avaliativo como dispositivo de formação-intervenção

Fernanda Penido Matozinhos, Bruna Figueiredo de Manzo, Elysângela Dittz Duarte, Kleyde Ventura de Souza e Serafim Barbosa Santos Filho

Nova Digital - Produção Impress

CONTEXTO

Processos avaliativos de referenciais qualitativos, participativos e desenvolvidos em caráter de pesquisa-intervenção contribuem para a transformação das realidades investigadas, sendo este o principal objetivo a ser valorizado em avaliações no campo da saúde e da educação. Esses referenciais foram articulados ao marco teórico-político da Humanização em Saúde, compondo-se desenhos avaliativos úteis à avaliação de processos de *formação-intervenção* (Santos-Filho, 2010, 2014). Tais processos são enfatizados na Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão no SUS/PNH (Brasil, 2010) como iniciativas formativas com o desafio de superar os modelos tradicionais de cursos que distanciam a abordagem de conteúdos tecnopráticos da esfera concreta do trabalho e dos espaços/serviços onde se opera a produção do cuidado.

Nesses horizontes, foi realizado o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO), que compõe o cenário original desta avaliação, fazendo-se convergir o desafio de (i) inovar na estruturação político-pedagógica de tal Curso, nos moldes de formação-in-

tervenção e (ii) construir uma metodologia de pesquisa-intervenção articulando (e transversalizando) três campos de interesse analítico no seu entorno: da *formação*, do *trabalho em saúde* e da *avaliação* (articulações que estão exploradas nos capítulos 1/parte 1 e 1/parte 2 deste livro).

O Curso é parte de um projeto mais amplo do Ministério da Saúde (MS) para mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013). Foi desenvolvido em caráter multicêntrico, em abrangência nacional, envolvendo mais de 300 trabalhadores-alunos. Teve a coordenação geral da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e foi conduzido nos Estados por uma ou mais universidades da rede federal de ensino. A experiência realizada em Belo Horizonte (BH) sob condução direta da UFMG foi o cenário-base para a avaliação trazida neste texto.

No seu marco avaliativo, tomou-se a premissa de que a avaliação deve contribuir para a reflexão-intervenção no trabalho, que aqui abrange tanto o *trabalho em saúde*, o cuidado na atenção ao parto e nascimento, quanto o *trabalho de formar.*

Na ênfase ao caráter inclusivo ou participativo da avaliação foi proposta a construção coletiva de todo o processo e, neste texto, o foco de análise incide sobre a construção compartilhada de um instrumento avaliativo e seu potencial mobilizador dos sujeitos em torno da formação e da avaliação. Nesse sentido, foi tratado como um recurso pedagógico a permear a entrada e interlocução de todos os atores envolvidos no Curso (e na avaliação), construindo e ampliando sucessivamente o olhar-agir analítico coletivo na situação investigada. Isso se valoriza por propiciar, simultaneamente, reflexão e corresponsabilização com as mudanças necessárias e movimentos para tal. Por fim, ressalta-se a importância da caminhada coletiva no sentido potente da pesquisa-intervenção que, em superação ao pressuposto da neutralidade, reconhece e valoriza a capacidade de afetar e ser afetado no contexto do trabalho e de sua avaliação. Esse importante rumo da pesquisa interventiva possibilita a apropriação e transformação das situações e, consequentemente, gera e faz parte da produção de conhecimento.

O instrumento avaliativo utilizado abrangeu dimensões consideradas ampliadas da formação-intervenção, na perspectiva de analisar (i) o próprio curso (sua dinâmica de implementação), (ii) o trabalhador-aluno visto como sujeito no contexto do processo de trabalho e da formação e (iii) o serviço onde está inserido, tendo-se no horizonte as repercussões para a população usuária. Nessa configuração o instrumento compôs o desenho avaliativo mais amplo do Curso, explorado nos capítulos 1/parte 1 e 1/parte 2, onde também estão demarcados os conceitos que permeiam as análises aqui empreendidas. Trouxe (o instrumento) o desafio de se fazer inovador no seu modo de se construir-instituir e aqui avaliado em relação a essa inovação e suas potencialidades nos rumos em que foi proposto.

CAMINHO METODOLÓGICO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA DO INSTRUMENTO AVALIATIVO

O instrumento avaliativo foi construído a partir das referências estruturantes do Curso, constituídas por um conjunto de diretrizes articulando os campos, já mencionados, de formação, trabalho em saúde e avaliação. Entre as diretrizes avaliativas, enfatizam-se como atributos de interesse: caráter participativo e formativo, experimentada de forma a promover aberturas comunicacionais, formando agentes capazes de analisar a realidade, agenciando forças em compromisso com movimentos de transformação. Acompanhando Santos Filho, Souza e Gonçalves (2011), avaliação diferenciada quanto ao *modo de fazer*, promovendo *inclusão* e não pressupondo os atores numa simples condição de informantes, mas como coautores de todos os movimentos.

Nesse referencial, o instrumento foi perspectivado na condição de *dispositivo* (Baremblit, 2002), isto é, para ser capaz de agenciar vários elementos, objetivos e movimentos, tendo novos usos para além de uma 'restrição instrumental'. Assumiu, assim, uma função ampliada, ele próprio funcionando como intervenção na medida em que garantia e fomentava a entrada de todos os sujeitos

em sua própria construção e deslocando-se de lugares tradicionais. Assumia a tripla função de (i) canalizar os âmbitos de conteúdos de interesse avaliativo, (iii) mobilizar os vários sujeitos (e seus múltiplos pontos de vista) não somente para responder a itens predefinidos, mas na análise e seleção dos próprios conteúdos e alternativas de mensuração (rumos garantindo a própria formação dos sujeitos em avaliação) e (iii) ser a base para rodas de conversas avaliativas, garantindo a perspectiva do coletivo e da corresponsabilização com o processo avaliativo. Tais movimentos envolveram, em diferentes momentos e espaços, tanto os trabalhadores-alunos quanto a equipe condutora do curso, incluindo professores, tutores, preceptores de campo e também atores-chave dos serviços onde os trabalhadores estavam inseridos.

Na transversalização de seus focos, o instrumento se orientou em três dimensões consideradas indissociáveis, articulando processos e efeitos a serem analisados: (i) o curso e sua dinâmica; (ii) os sujeitos-alunos e sua dinâmica e (iii) o serviço e sua dinâmica. Nesse desenho referencial, foi estruturado em itens avaliativos associados às dimensões. Cada item se traduzia por um enunciado de questão avaliativa, refletindo o conteúdo de interesse. As três dimensões abrigaram conjuntos de itens, mostrados no quadro 1, que foram sendo ajustados nas versões do instrumento: (i) na dimensão do curso e sua dinâmica constaram itens para avaliar a estrutura e seus arranjos organizativos; (ii) na dimensão dos sujeitos-alunos e sua dinâmica, itens para avaliar os sujeitos na relação com a formação e o trabalho; (iii) na dimensão do serviço e sua dinâmica, itens para avaliar as repercussões nas práticas de atenção nos serviços onde os alunos estavam inseridos. Para cada item, havia uma escala com estágios aos quais se deveria associar a resposta, de acordo com a percepção dos sujeitos, lembrando que nem todos os itens cabiam para todos os sujeitos, que ocupavam espaços e momentos diferenciados na rede abrangida (da formação/curso e do trabalho-serviço). O instrumento também trouxe campos abertos para registros complementares em torno das respostas previstas na escala.

O conjunto inicial de proposições de eixos/itens avaliativos foi posto como *oferta* para a primeira apreciação (induzindo ao primeiro uso coletivo do instrumento). Chamamos de oferta a indicação inicial de itens por estarem estreitamente colados aos objetivos e dimensões do Curso, que já estavam validadas coletivamente desde o seu início. Nesse rumo, a oferta se apresentava com a *encomenda* (*avaliativa)* de se colocar em análise todo o material, passível de ser revisto e ajustado coletivamente. No movimento de idas e vindas foram usadas as disciplinas de metodologia científica para discussões sistemáticas periódicas, disciplinas que assim assumiram uma posição transversal no Curso. Assim se fizeram validações sucessivas envolvendo desde ajustes de enunciados até as substituições, eliminações e acréscimos de itens. Esse 'uso elaborativo' do instrumento acontecia simultaneamente aos seus 'usos analítico-interventivos', expressando (e alterando) os processos do fazer e do avaliar. Esses usos não se restringiram, portanto, a atividades tradicionais de pré-testes, mas como momentos já sinalizadores de rumos de mudanças tanto nos instrumentos como nas posturas dos sujeitos e práticas que estavam sendo realizadas e observadas (no instrumento e na realidade do trabalho). A escala avaliativa em cada item cumpria, especialmente, a função de fazer refletir sobre o estágio em que percebia se encontrar, com oportunidade de 'revisões de lugar' (não só do lugar na escala, mas do lugar, em alerta, de mobilização e ações concretas para mudanças).

Comparando com a primeira versão, o último instrumento fechou-se com muitos ajustes, mas discreta alteração dos itens referendados coletivamente, aqui valendo um destaque especial. Na dimensão de avaliação dos sujeitos na relação com a formação/trabalho, foram gradativamente inseridos itens específicos sobre a habilitação em procedimentos da prática obstétrica, partindo-se de normas regulamentadoras da profissão (Conitec, 2018). Mais do que uma inserção gradativa (e restrita), esses itens foram objeto de intensos debates na própria equipe de condução do Curso, trazendo à tona dúvidas sobre a capacidade do instrumento em captar aspectos muito específicos e, por outro lado, considerando que no Curso

havia a previsão de outro instrumento padronizado para esta abordagem mais tradicional.

No uso mais direcionado para análise das respostas/situações captadas pelo instrumento, foram considerados dois momentos específicos e as informações foram consolidadas e tratadas por meio de médias, mas ressaltando-se que esse 'tratamento numérico' aqui não se pretendeu como um tratamento estatístico no rigor quantitativo. Refere-se, portanto, apenas a uma exploração das informações em consolidados simplificados, para o uso qualitativo demarcado nesta avaliação.

Também vale ressaltar que a abordagem metodológica aqui descrita vai além de uma descrição de procedimentos, considerando que o *movimento avaliativo* em torno do instrumento foi em si mesmo um *resultado* que se efetivou no caminho metodológico. Constam do tópico seguinte os resultados mais propriamente relacionados aos dados captados a partir do instrumento.

RESULTADOS

Como ressaltado, o instrumento foi utilizado com todos os atores envolvidos no Curso, incluindo alunos e equipe de condução. O recorte de consolidação aqui apresentado abrange o uso do instrumento em dois momentos específicos com as trabalhadoras-alunas do Curso.

No quadro 1 estão apresentados os resultados por meio de médias e partindo das três dimensões.

A escala de notas previstas para as respostas variava de 1 a 5, portanto as médias devem ser analisadas à luz desses valores, considerando 5 a nota que identificava a situação de melhor estágio em que se encontrava no item investigado. Vale ressaltar que, em se tratando desse tipo de escala, outras alternativas de cálculo/consolidação também foram utilizadas (com agrupamentos e pontos de corte), mas aqui focando-se nas médias simples.

Nova Digital | Prova Impressa

Quadro 1. Aferição de itens avaliativos, segundo as dimensões de análise do Curso. Belo Horizonte, 2017.

ITENS AVALIATIVOS	Média a partir das notas associadas às respostas	
	Versão 1 (1º. momento)	Versão 2 (2º. momento)
DIMENSÃO 1 - O Curso e sua dinâmica		
O professor ajustou o seu plano de ensino em conformidade com a proposta do Curso	4,27	4,29
O preceptor ajustou sua forma de ensino no campo de prática, conforme a proposta de ensino do curso.	3,90	4,36
Houve discussão periódica de casos clínicos em cada disciplina.	3,54	4,47
O professor solicitou ajuda à Coordenação do Curso para ajustar o seu plano de ensino.	4,22	4,30
A Coordenação do Curso disponibilizou ajuda para o ajuste e acompanhamento dos planos de ensino.	4,45	4,05
Na visão do trabalhador-aluno, houve um alinhamento entre os professores na condução das disciplinas.	4,10	4,00
Foi realizada a avaliação processual contínua de desempenho do especializando pelo preceptor em campo, com retorno contínuo ao aluno sobre isso.	3,27	3,01
A prática possibilita o atendimento integral à mulher, considerando os diferentes estágios do trabalho de parto e nascimento.	4,72	4,50
A definição conjunta das datas pretendidas para realizações dos plantões possibilitou a distribuição homogênea de plantões no campo.	4,90	3,55
O professor ou preceptor elaborou ou ajustou o plano de ensino, cuidando em trabalhar o seu conteúdo considerando à autonomia e diversidade das mulheres.	Fora da 1ª.versão	4,43
Houve discussão periódica das situações clínicas durante o ensino clínico.	Fora da 1ª.versão	4,29
O preceptor solicitou ajuda à coordenação do curso para ajustar o seu plano de ensino.	Fora da 1ª.versão	4,45
Dimensão 2 - Os sujeitos-alunos e sua dinâmica		
O trabalhador-aluno se inseriu na dinâmica de trabalho do serviço do qual ele faz parte.	4,00	4,00
O trabalhador-aluno conseguiu perceber a melhoria de suas habilidades de cogerir seu plantão-equipe-assistência.	4,18	4,26

(*continua*)

Versão Digital Autorizada Impressa

Quadro 1. Aferição de itens avaliativos, segundo as dimensões de análise do Curso. Belo Horizonte, 2017. (*continuação*)

ITENS AVALIATIVOS	Média a partir das notas associadas às respostas	
	Versão 1 (1º. momento)	Versão 2 (2º. momento)
Dimensão 2 - Os sujeitos-alunos e sua dinâmica		
O trabalhador-aluno conseguiu abrir ou ampliar "caminhos de conversa", com a criação de oportunidades de ampliar a discussão da assistência com os trabalhadores pelo serviço.	3,54	4,23
Houve mudança na maneira de construção dos POP (Procedimento Operacional Padrão) do serviço durante a intervenção do trabalhador-aluno.	3,81	3,93
Houve maior entrosamento entre o trabalhador-aluno e a equipe a partir da proposta de intervenção.	4,00	4,00
Há registros sistemáticos das conversas, avaliações e proposições, como produtos das discussões e das decisões em serviço.	3,73	4,00
O trabalhador-aluno conseguiu desenvolver competências técnicas essenciais definidas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM).	3,63	3,40
O trabalhador-aluno percebe as desigualdades de gênero no ambiente de trabalho, conseguindo diagnosticar possibilidades de mudança no serviço do qual ele faz parte.	Fora da 1ª.versão	3,69
A prática no curso possibilitou o atendimento integral à mulher, estimulando a autonomia da enfermagem obstétrica.	Fora da 1ª.versão	4,35
Dimensão 3 - O serviço e sua dinâmica		
São observadas mudanças no serviço onde você atua decorrentes de sua participação no CEEO?	Não se aplicava no momento	3,72
A equipe participou dos movimentos de discussão acerca do projeto de intervenção?	3,81	3,83
Foi observada disposição da equipe para a implementação da intervenção?	3,73	Retirada da 2ª.versão
Foi observada participação da equipe na realização do diagnóstico do serviço?	3,54	3,94
Houve alteração significativa no número de partos no local de trabalho a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso?	2,73	Retirada da 2ª.versão
Quais as metas associadas à construção do projeto de intervenção?	3,54	Retirada da 2ª.versão

(*continua*)

Nova Distribuição Proibida Impress

Quadro 1. Aferição de itens avaliativos, segundo as dimensões de análise do Curso. Belo Horizonte, 2017. (*continuação*)

ITENS AVALIATIVOS	Média a partir das notas associadas às respostas	
	Versão 1 (1º. momento)	Versão 2 (2º. momento)
Dimensão 2 - Os sujeitos-alunos e sua dinâmica		
Quais as metas associadas ao desenvolvimento do projeto de intervenção?	2,81	Retirada da 2ª.versão
Quais as metas associadas aos resultados do projeto de intervenção?	2,45	Retirada da 2ª.versão
Houve incremento na inserção das enfermeiras no cuidado as mulheres durante o trabalho de parto e parto no local de trabalho a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso.	Fora da 1ª.versão	3,33
Houve incremento na inserção de práticas baseadas em evidências pelas enfermeiras no cuidado as mulheres a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso.	Fora da 1ª.versão	3,79
Houve incremento na inserção de práticas baseadas em evidências pelos enfermeiros no cuidado as mulheres, considerando as violências e desigualdades de gênero.	Fora da 1ª.versão	3,50

Fonte: elaborado para fins deste estudo.

Na versão inicial do instrumento, na dimensão 1, a maior média foi para o item "*A definição conjunta das datas pretendidas para realizações dos plantões possibilitou a distribuição homogênea de plantões no campo*". Os registros complementares em torno das notas valorizaram, especialmente, agendas realizadas em conjunto entre os alunos e professores; facilidade nas definições e articulação das datas indicadas pela coordenação. A menor média foi para "*Foi realizada a avaliação processual contínua de desempenho do especializando pelo preceptor em campo, com retorno contínuo ao aluno sobre isso*". Afirmou-se que a grande maioria dos preceptores não realizava a avaliação de desempenho (o acompanhamento formal neste sentido), contribuindo negativamente para o desenvolvimento do trabalhador-aluno.

Na versão final do instrumento, na dimensão 1, a maior média foi para o item "*A prática possibilita o atendimento integral à mulher, considerando os diferentes estágios do trabalho de parto e nascimento*". Os registros complementares em torno das notas valo-

rizaram, especialmente, que a prática vem desenvolvendo novas perspectivas e atuação no campo de trabalho, com maior satisfação das mulheres e famílias assistidas. A menor média também foi para "*Foi realizada a avaliação processual contínua de desempenho do especializando pelo preceptor em campo, com retorno contínuo ao aluno sobre isso*". Afirmou-se ausência de comunicação dos preceptores, em equipe, sem haver *feedback* às alunas sobre seu desempenho/evolução.

Na dimensão 2, na versão inicial, a maior média foi para o item "*O trabalhador-aluno conseguiu perceber a melhoria de suas habilidades de cogerir seu plantão-equipe-assistência*". Os registros complementares em torno das notas referiram melhor atuação/ganho das habilidades no ambiente de trabalho e maior entendimento acerca da importância de inserção como agente ativo no processo de transformação do serviço. A menor média foi para "*O trabalhador-aluno conseguiu abrir ou ampliar 'caminhos de conversa', com a criação de oportunidades de ampliar a discussão da assistência com os trabalhadores pelo serviço*". Afirmou-se que os colegas/equipes dos serviços ainda apresentam resistência no ambiente de trabalho e que os gestores precisam ser provocados para uma mudança de paradigma na assistência ao parto e nascimento.

Na dimensão 2, na versão final a maior média foi para o item "*A prática no curso possibilitou o atendimento integral à mulher, estimulando a autonomia da enfermagem obstétrica*". Os registros complementares em torno das notas referiram que, por meio do conhecimento e segurança adquiridos, foi possível melhorar o empoderamento e a autonomia. A menor média foi para "*O trabalhador-aluno conseguiu desenvolver competências técnicas essenciais definidas pela ICM*". Afirmou-se que existe, ainda, grande dificuldade em realizar todas as ações no serviço e, portanto, algumas competências ainda deverão ser desenvolvidas.

Na dimensão 3, na versão inicial, a maior média foi para o item "*A equipe (do serviço) participou dos movimentos de discussão acerca do projeto de intervenção?*". Os registros complementares em torno das notas mencionaram, especialmente, a ampliação da

discussão sobre a intervenção, com maior número e abrangência de rodas de conversa avaliativas, debate, levantamento coletivo de sugestões e propostas. A menor média foi para "*Quais as metas associadas aos resultados do projeto de intervenção?*". Afirmou-se que persistem algumas dificuldades, como o fato de o projeto ainda estar em construção e validação.

Ainda na dimensão 3, na versão final a maior média foi para o item "*Foi observada participação da equipe (do serviço) na realização do diagnóstico do serviço?*". Os registros complementares em torno das notas referiram, especialmente, o interesse por parte da equipe e da gestão em realizar propostas de acordo com o diagnóstico. A menor média foi para o item avaliativo "*Houve incremento na inserção das enfermeiras no cuidado as mulheres durante o trabalho de parto e parto no local de trabalho a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso*". Afirmou-se que persistem algumas dificuldades, como o fato de já existir a equipe de enfermeiras obstétricas e a atuação da assistência depender do profissional e do plantão.

Na consolidação de médias para a totalidade das dimensões, na versão inicial do instrumento obteve-se, 4,15; 3,84 e 2,83, respectivamente, ou seja, a melhor média foi referente à dimensão do “Curso e sua dinâmica” e a pior foi em relação ao “serviço e sua dinâmica” (algo esperado já que a medida estava sendo feita no início do curso). Na média global, observou-se nota de 3,61, que pode ser associada a um grau de adequação de regular para satisfatório, considerando a conceituação correlacionada à nota prevista na escala original).

Na versão final do instrumento as médias por dimensões foram 4,14; 3,98 e 3,68, respectivamente, ou seja, mantendo-se a melhor média na dimensão “Curso e sua dinâmica” e a pior para o “serviço e sua dinâmica”, apesar de aumento visível nesta nota. Obviamente, se pode adiantar uma leitura desta informação, considerando que a mudança no serviço é algo mais difícil e dependente de vários fatores.

Na média global, observou-se discreto aumento para 3,93, grau de adequação aproximando-se mais ainda do nível satisfatório de acordo com a conceituação original da nota.

EM DESTAQUE A POTÊNCIA DO INSTRUMENTO NA INTERLOCUÇÃO COM OS DESAFIOS DA MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A consolidação dos dados sinaliza que o instrumento foi capaz de captar os aspectos propostos e, em termos de 'validação qualitativa', foi consistente no sentido de possibilitar a captação/análise longitudinal das situações/respostas e uso especial em dois momentos específicos para efeitos de comparação. Um sinal que parece confirmar essas impressões foi o aumento (melhora) da maioria das médias por dimensões, comparando as respostas das versões inicial e final.

As discussões e conclusões de interesse nesta avaliação podem ser direcionadas em dois âmbitos indissociados: no sentido da utilidade do instrumento como dispositivo no referencial da pesquisa-intervenção e no sentido dos fatores envolvidos na atenção ao parto e nascimento, fatores/questões que o instrumento põe em relevo.

Na estruturação do Curso (vista pela dimensão 1 do instrumento), observam-se sinais de boa organização para a sua oferta, inquestionável aspecto positivo, mas deve-se atentar para a lacuna de articulação entre a equipe de condução das atividades, principalmente ao se reportar aos problemas de comunicação e acompanhamento do desempenho envolvendo preceptores em campo, aspecto de especial valor em termos das condições de aprendizado e inserção dos sujeitos-alunos no contexto do trabalho.

As questões abordadas na dimensão 2 (dos sujeitos na relação com a formação e o trabalho) subsidiam importantes reflexões acerca dos avanços no protagonismo e autonomia dos enfermeiros no processo de trabalho em equipe, mas ainda observando-se conhecidas dificuldades de trabalhadores/gestores quanto às inovações no modelo de atenção ao parto e nascimento, aspecto que deve ser analisado à luz de vários fatores (e no cruzamento das dimensões 2 e 3 do instrumento).

Importante lembrar o perfil dos alunos do Curso, todas mulheres, com vínculo empregatício, o maior percentual com união conjugal e com filhos, isto é, mulheres-enfermeiras trabalhando (em parce-

Nova Digital Prioridade Impress

ria) com mulheres, cuidando de mulheres, valorizadas pelas mulheres que assistem, mas, muitas vezes, ignoradas ou menos valorizadas no sistema no qual estão inseridas (Narchi, Cruz, Gonçalves, 2013).

Ressalta-se, ainda, que a menor média na dimensão 3 foi para o item "*Houve incremento na inserção das enfermeiras no cuidado as mulheres durante o trabalho de parto e parto no local de trabalho a partir do momento que o trabalhador-aluno iniciou o curso*". Isso também deve ser pensado à luz da reconhecida iniquidade de gênero com a qual se defrontam as trabalhadoras nos serviços de saúde (UNFPA, 2006). Mulheres, em sua maioria, são a força de trabalho da EO e, inúmeras vezes, enfrentam dificuldades que não aconteceriam caso fossem do gênero masculino. Nos serviços de saúde, muitas vezes evidenciam-se aspectos que potencializam os efeitos das identidades de gênero, com estereótipos que designam, para as mulheres, lugares de submissão. Ademais, estudos demonstraram que aspectos como a superposição de funções entre médicos e enfermeiras geram desgastes e sensação de desvalorização pelas enfermeiras obstétricas (Rabelo; Oliveira, 2013; Monticelli e cols, 2008).

As respostas sobre os serviços (vistas pela dimensão 3), mesmo com as limitações do instrumento em captar mudanças que vão além de um Curso (e em um curto período de observação), devem chamar a atenção tanto para os avanços, mas também para necessidades entendidas como básicas na organização dos serviços e inovações de modelos assistenciais, como a prática do trabalho em equipe multiprofissional. O MS e o SUS têm ampliado investimentos na formação de recursos humanos para melhorar a sua prática, mas ainda sem capacidade para as transformações desejadas e esse é um dos grandes desafios da formação obstétrica no Brasil. É imprescindível aumentar o quantitativo de profissionais capacitados, mas também ampliar sua qualificação e tornar mais contextualizado o âmbito de sua atuação (Ribeiro, 2016). Há, portanto, que se fortalecerem as estratégias para a humanização da assistência ao parto e nascimento, incorporando à formação dos profissionais e diretrizes para mudanças no paradigma do cuidado das mulheres e crianças (Pasche; Vilela; Martins, 2010).

Nova Digital | Editora Impress

Historicamente, a formação de enfermeiras, e em especial de EO, é marcada por lutas políticas. Esse processo é repleto de conquistas e dificuldades para os profissionais, que exercem relevante papel no processo de humanização e desmedicalização da assistência à saúde da mulher (Sena, 2012). Observam-se várias barreiras institucionais com que se defrontam tais profissionais, dificultando a sua inserção e assistência qualificada. Há, portanto, necessidade de investimento na melhor formação e na qualificação profissional permanente para que, ao se apropriar de conhecimento e ferramentas ampliadas de discussão, os profissionais tenham condições de enfrentar e modificar as realidades do trabalho. Nessa direção, as atividades pedagógicas na ótica de formação-intervenção são um recurso estratégico no campo das políticas de educação e, aqui, registrando-se este Curso como um marco na história de formação na EO no país.

Para além das limitações, há que ressaltar que a atuação das enfermeiras obstétricas tem se tornado cada vez mais expressiva nos serviços e na formulação das políticas relacionadas à Saúde da Mulher (Versiani e cols, 2013). Espera-se, portanto, que os profissionais que realizaram este Curso (que no total abrangeu mais de 300 trabalhadores-alunos) ampliem o coletivo e os desafios de assumirem compromissos afinados com a mudança de modelo, em especial contribuindo para a desmedicalização do parto, o que diretamente implica na melhor inserção da EO. Autores (Amorim; Gualda, 2011) associam a (adequada) formação em EO com o desenvolvimento de uma atuação competente e segura para a tomada de decisões.

A transformação do modelo de atenção atual, de base fortemente tecnocrática, indo no rumo de um modelo humanizado, e com práticas críticas baseadas em evidência científica, é o principal desafio atual da Obstetrícia no SUS-Brasil. A atuação dos enfermeiros ganha destaque com a discussão da situação brasileira mediante experiências de países europeus, como Inglaterra e Holanda (Dias; Domingues, 2005) culminando na redução da mortalidade materna e perinatal (Narchi; Cruz; Gonçalves, 2013). A assertiva e efetiva inclusão e autonomia desses profissionais nos serviços passa pelo apoio a projetos de formação e políticas que garantam sua inserção (Dias; Domingues, 2005).

O rumo do instrumento construído neste Curso ficou em consonância com todos os desafios mencionados e com a legislação e políticas nacionais de fomento à enfermagem obstétrica.

CONCLUINDO: A POTÊNCIA DO INSTRUMENTO NA INTERLOCUÇÃO COM A AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA-INCLUSIVA

A consolidação dos dados do instrumento teve o objetivo de indicar não somente o desempenho conforme os itens analisados, mas, pelas respostas (incluindo os registros complementares em seu entorno), observar também como o instrumento foi-se revestindo de sentido para os sujeitos, isto é, tendo sido apropriado gradativamente, escapando do risco de tornar-se um instrumento a ser meramente respondido como prestação de contas em avaliações tradicionais sem compromisso com mudanças. O uso instrumental apenas protocolar ou cartorial leva, inclusive, a vieses metodológicos pelo risco de prestação de informações superficiais ou falseadas (apenas para atender a expectativas protocolares). No caso de processos avaliativos em educação, isso é problema/desafio ainda mais relevante, uma vez que as práticas educativas tradicionalmente verticalizadas levam, nesse mesmo rumo, também as práticas avaliativas, assim efetivando-se muitas avaliações como obrigatoriedade e não como compromisso corresponsabilizado.

Nesta experiência, ressalta-se o sentido formativo-pedagógico da avaliação e do instrumento, gerando simultaneamente diagnóstico, análise, identificação e apropriação de situações em que se necessitava mudar, assim permitindo a construção (coletiva) de imagens-objetivos a partir do próprio instrumento. Nessa direção, as reflexões não se restringem somente às necessidades em âmbito individual, mas abrangem os processos de trabalho e a rede de serviços.

Vale lembrar que o instrumento esteve articulado a um roteiro de diagnóstico ampliado do serviço no qual o trabalhador-aluno estava inserido. Seus conteúdos e formas de uso serviram, inclusive,

como substitutos ou equivalentes de oficinas de discussão sobre os processos de trabalho locais.

Por tudo isso, os itens colocados em destaque na análise não são apenas representativos no sentido do maior ou menor alcance de metas (desempenho), mas porque dizem de aspectos que facilmente seriam considerados como marginais ou não enfatizados na esfera de um curso de especialização com forte apelo tecnoprático. Tais aspectos também não são fatores que usualmente um estudante associa como interferentes nos desafios (e sinalizações) de uma mudança de modelo de atenção. Pelo instrumento, esses aspectos foram colocados em evidência, não em um sentido forçado pelo Curso, mas passando a fazer sentido para o trabalhador-aluno. Nesse contexto, teve-se a oportunidade, por exemplo, de sentir que colegas, gestores e outros atores às vezes 'resistem' ou limitam ou impedem mudanças e que o preparo (apenas) técnico não é suficiente para alterar a realidade. Assim, o instrumento (e a avaliação), mais do que almejar aferir (bom) desempenho, serviu para colocar em evidência elementos da vida real do trabalho, que estão estreitamente associados a facilidades e dificuldades (fatores facilitadores e dificultadores) de se implementar mudanças na prática.

De fato, o instrumento deu conta de abrigar questões efetivamente demonstrativas do contexto atual em que a atenção ao parto e nascimento se opera nos serviços do SUS, isto é, contexto no qual se cruzam vários tipos de fatores interferentes, desde as reconhecidas discriminações de gênero até as também reconhecidas assimetrias nas relações de saberes e poderes no processo e organização do trabalho. Nesse sentido, aqui afirmando que uma atividade de formação-intervenção comprometida com mudança de modelo precisa abarcar tais questões, induzindo sua problematização coletiva.

Quanto aos movimentos dos trabalhadores-alunos na relação com o instrumento avaliativo, as reações iniciais foram de muito desconforto, além da falta de clareza e mesmo desconfiança em relação ao que seriam 'novos métodos'. Tal desconforto era esperado, considerando a própria tradição dos modelos tanto formativos quanto avaliativos, mais centralizados e pouco participativos. A pro-

positura do uso diferenciado de uma avaliação não poderia se dar sem dificuldades iniciais e esperadas, nesse sentido tomadas mais como desafios de condução do que dificuldades. Os movimentos envolveram muitas provocações, em meio à introdução de (novos) conceitos, potentes, mas complexos.

Tanto o curso como a avaliação foram, indubitavelmente, *intervenção* pela movimentação para (re)arranjar as coisas, os sujeitos e os modos de estar no curso e no trabalho; também pelas reações dos trabalhadores-alunos e seus (re)posicionamentos mediante as movimentações. Tais aspectos contribuíram para a desestabilização de lugares/saberes instituídos.

Outro desafio metodológico foi o uso do espaço do próprio Curso/aulas para construir rumos no próprio momento do fazer. Ou seja, gerando corresponsabilização com as correções de rumo necessárias. Por fim, ressaltam-se movimentos semelhantes nos cenários de trabalho, ou seja, com sinais visíveis de provocações desencadeadas nos serviços, com consequentes (re)posicionamentos nos locais de trabalho, com a mudança de conceitos e, consequentemente, de práticas.

É, em todos esses sentidos, que se fala em instrumento como *dispositivo* transversal de formação-intervenção, não somente por sua abrangência multidimensional abarcando os diversos objetivos e desafios do Curso, mas por ser indutor de deslocamentos nos sujeitos, por meio dele vendo os efeitos de seus próprios movimentos e dele fazendo uso para se mobilizarem em direção a mudanças.

Foi assim um instrumento mediador da formação, aqui se alertando para uma mediação no sentido do próprio sujeito atentar aos ajustes e regulações em seu próprio percurso laboral e formativo.

Não obstante as potencialidades da experiência (do instrumento e seu uso) são muitas as limitações a serem alertadas. Em especial, salienta-se a necessidade de avançar nesses recursos e procedimentos (tanto o instrumento quanto o modo de uso), cuidando com seu aprimoramento como método e ampliando sua capacidade de incorporar, efetivamente, práticas avaliativas que possam ajudar a aumentar a capacidade analítica dos sujeitos e transformar as práticas formativas e dos serviços.

REFERÊNCIAS

Amorim T, Gualda DMR. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática de enfermagem obstétrica. Rev. Rene. 12(4). 2011.

Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva, V. 10, N. 3, P. 699–705, 2005.

Baremblit, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério Da Saúde. Cadernos Humaniza SUS. V.4: humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério Da Saúde, 2013.

Conitec. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 18, N. 4, P. 1059-1068, Abril. 2013.

Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117,2010.

Rabelo LR, Oliveira DL. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. Rev. Esc. Enferm. Usp. 44(1). 2010.

Ribeiro AO. Inserção e desenvolvimento da especialização em enfermagem obstétrica no estado de sergipe: narrativas históricas / Dissertação (Mestrado Em Enfermagem) / Ribeiro AO,; Orientadora Mattos MCT. Universidade Federal De Sergipe – Aracaju, 2016. 72 F.

Monticelli M, Bruggemann O, Santos E, Oliveira ME, Zampieri MFM, Gregório VRP. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções dos egressos quanto ao exercício profissional e a satisfação na especialidade. Texto Contexto Enferm. 17 (3). 2008.

Santos-Filho SB. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Editora Unijui, 2010.

Nova Digital - Prova Impressa

Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalves L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Campos RO & Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes: Campinas: Ed.Unicamp, 2011; 257-278.

Santos-Filho SB. Pesquisa em humanização: articulações metodológicas com o campo da avaliação. Sau. & Transf. Soc., Florianópolis, V. 5, N. 2, P. 01-10, 2014.

Sena CD, et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev. Enferm. Ufsm, V. 2, N. 3, P. 523–529, 2012.

UNFPA/United Nations Population Fund (Unfpa). Towards Mdg 5: Scaling Up The Capacity Of Midwives To Reduce Maternal Mortality And Morbidity. Workshop Report. New York: Unfpa; 2006.

Versiani CC, Rodrigues AK, Silva TCB, Holzmann APF, Souto DF. O ser enfermeiro obstetra no cuidado ao parto. Revista Aps. V. 16, N.2, Abr/Jun.2013.

ova Distribuição – Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

Parte 4

Desafios nos horizontes formativos da residência em enfermagem obstétrica

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

Residência em enfermagem obstétrica na UFMG: histórico e desafios para ampliação na ótica da formação-intervenção

Torcata Amorim, Eunice Francisca Martins e Mariana Santos Felisbino-Mendes

Nova Digital – Produção Impress

CONTEXTO

O histórico de criação da Residência de Enfermagem Obstétrica na Escola de Enfermagem da UFMG (EO-EEUFMG) coincide com os primeiros movimentos brasileiros de investimento nesse campo de formação profissional. Nesse histórico é importante destacar o 'desafio de institucionalidade' na implementação dos programas/cursos, desafios que parecem ligados apenas a questões logístico-estruturais, mas refletem o cenário mais amplo onde predominava (e ainda é forte) a tradição de cuidado e de formação medicocentrados.

É preciso registrar o pioneirismo desses cursos em seu nascedouro, combinando com as necessidades sociais e com as diretrizes que o sistema brasileiro de saúde (SUS) começou a pautar como de sua responsabilidade. Por outro lado, é preciso registrar os tipos de desafios iniciais, os já superados e pôr em análise os processos agora instituídos em sua formalidade e em sua capacidade efetiva de contribuir para mudança do modelo de atenção, como reafirmado nas políticas do SUS/Ministério da Saúde. Nesse sentido, é preciso valorizar os caminhos já trilhados, vendo neles a luta para ampliar o

campo de formação profissional, criando novas áreas em territórios antes monopolizados. E, para além disso, agora atentar a uma ampliação dos horizontes formativos, que sejam capazes de *preparar* para enfrentamento das *bases organizativas do trabalho* que dificultam acesso, acolhimento, integração e vínculos não somente com as usuárias essenciais (gestantes, parturientes) mas entre os trabalhadores/categorias profissionais, em equipe, num amplo movimento de *inclusão e corresponsabilização* de *usuários, trabalhadores e gestores*. A isso se refere como a necessidade de mudança (indissociável) nos *modos de cuidar, de gerir e de formar* em saúde, articulação posta como transversal neste Livro e fazendo-se convergir para a perspectiva da *formação-intervenção e avaliação* (Brasil, 2010, 2014; Heckert; Neves, 2007; Santos Filho, 2010; Santos Filho; Souza, 2019).

E como se trata de valorizar as experiências vividas, o *real do trabalho*, o *saber da experiência*, há que valorizar as iniciativas que vêm-se fazendo com o próprio caminhar e que precisam ser tensionadas em avaliações com o compromisso dos ajustamentos que se fizerem necessários e coerentes com as mudanças desejadas[1]. Esse é o desafio que vem junto com a descrição histórica da Residência de EO da UFMG.

HISTÓRICO E DESAFIOS NA INSTITUCIONALIDADE DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Os primeiros programas de residência na área da Enfermagem (RE) surgiram na década de 60 seguindo o modelo da Residência Médica (RM) brasileira, que datam de 1944. O programa pioneiro foi criado em 1961 no Hospital Infantil do Morumbi, filiado à então Legião Brasileira de Assistência, objetivando o aperfeiçoamento de enfermeiros na especialidade de Enfermagem Pediátrica (Feitosa e cols, 2019). Esses programas foram instituídos pela Lei Nº 11.129,

[1] No momento de revisão deste texto, contou-se com a contribuição dos organizadores do Livro (Kleyde Ventura Souza e Serafim Barbosa Santos Filho) na articulação do contexto que valoriza a Residência/EEUFMG em seu histórico de institucionalização e nos desafios de (ainda) se ampliar nos horizontes da formação-intervenção.

Nova Digital | Proibida Impressão

de 30 de julho de 2005, que orienta a formação em serviço e segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018).

Esta modalidade de formação visa capacitar recursos humanos com a inserção dos residentes nas condições reais dos serviços, provocar mudanças nos processos de trabalho, formação e gestão na saúde, e assim, consolidar a educação permanente (Ministério da Educação, 2009). A carga horária total (CHT) dos programas de residência é de 5760 horas, sendo 1.152 horas de carga teórica ou teórico-prática e 4.608 de prática, desenvolvidas em dois anos. Conforme regulamento dos programas, 20% da CHT podem ser desenvolvidas na modalidade teórico-prática ou à distância (EAD) e há uma exigência de frequência em 85% da CHT e 100% da prática.

No ano de 2012 o Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (ME) propôs a criação do Programa específico de Residência em Enfermagem Obstétrica (EO), buscando contribuir com a mudança no modelo da assistência e melhoria da qualidade dos indicadores obstétricos e perinatais no Brasil (DOU, 2012a, 2012b). Essa demanda surge também pelo descontentamento com a assistência obstétrica ofertada, elevados índices de cirurgias cesarianas com repercussões negativas na saúde das mulheres e crianças. Outras motivações foram o não alcance da meta de redução da mortalidade materna estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 2015 (DOU, 2012c) e a criação da "Rede Cegonha" (RC/MS) em 2011. A RC "consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis" (Brasil, 2018).

Para a criação do programa de formação de especialistas no modelo de Residência em EO foram convidadas lideranças na área e representantes de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) que apoiavam, formavam ou haviam participado da formação de especialistas nas últimas décadas. Novas instituições que poderiam aderir ao propósito foram inseridas, com o intuito de discutir estratégias e criar um Projeto Piloto do Programa de Residência em Enfermagem Obsté-

trica. Este grupo de trabalho foi formado no ano de 2012 e a equipe composta por representantes dos seguintes órgãos: MS (CGSM, DEGES, SGTES), CNRMS, OPAS/OMS, USP/EERP, USP/EE, UNICAMP/FCM, ABEn, UFRJ, UFPE, UFAC, UERJ, UFPA/FAENF, UNIFESP, USP/EE, UFSC, UFBA/EE, EE/UFMG, Hospital Sofia Feldman (HSF/SUS/BH), ABENFO Nacional e COFEN/UEA (EEUFMG, 2012). Ao final do encontro foi apresentado o Projeto Piloto para o programa e em 2013 criou-se o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), como uma ação estratégica da Rede Cegonha (Lima, 2019). Como o Programa se refere a uma especialidade, caracterizou-se como Residência Uniprofissional. A proposta do Projeto Piloto foi nortear os cursos a serem ofertados pelas IFES que adaptariam o Programa à sua realidade, para atender às diferentes necessidades locais.

O Projeto Piloto teve como objetivo geral "qualificar enfermeiras para atuarem no cuidado à saúde da mulher nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, ao neonato e família, compreendendo seus aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e fisiológicos, orientados pelas boas práticas e evidências científicas e pelas políticas do SUS e MS (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM e Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal)" (EEUFMG, 2012).

Como objetivos específicos propunha-se qualificar a enfermeira para:

- Analisar as condições de vida e saúde da mulher e do neonato em seu contexto social e cultural;
- Realizar ações educativas junto à mulher e à família, capazes de promover a expressão e valorização do saber feminino;
- Investigar a realidade assistencial, com vista à produção de conhecimento, à transformação da prática e ao desenvolvimento de tecnologias próprias da enfermagem;
- Desenvolver atividades de gestão da assistência à mulher, neonato e família, articuladas à equipe multiprofissional;
- Atuar em rede de atenção à saúde em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família;

Nova Digital | Prova Impressa

- Assistir a mulher no planejamento reprodutivo, na gestação de baixo risco, no trabalho de parto e parto sem distocia, no período puerperal, no processo de abortamento, ao neonato e família;
- Realizar o parto normal sem distocia;
- Identificar as distocias e riscos obstétricos e perinatais e tomar providências na assistência pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério e no cuidado ao neonato;
- Atuar na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Com o Projeto Piloto elaborado, as lideranças coautoras da proposta pactuaram nas suas IFES o propósito de ofertar o programa. Na proposta inicial somente as IFES que já possuíssem Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) poderiam oferecer o Programa. Assim, no ano de 2013, dezoito IES ofertaram o Programa de Residência em EO: Acre, Amazonas, Rondônia, Pará, Piauí, Bahia, Ceará, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (Lima, 2019).

As docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) foram convidadas a participar do grupo de criação do Projeto Piloto, não somente porque a referida Universidade possuía COREMU, mas principalmente por uma experiência, àquela época, de estarem ofertando o 12º Curso de Especialização em EO initerruptamente. Ademais, a liderança da EEUFMG nessa formação reconheceu naquele momento a importância de sua ampliação para a modalidade de Residência, visando não somente o quantitativo de profissionais para suprir as necessidades de composição de equipes/serviços, mas especialmente pela possibilidade de uma qualificação em serviço, potencialmente transformadora da realidade.

Assim, a direção da EEUFMG apoiou a oferta do Curso, indicando sua coordenadora e subcoordenadora. Iniciaram-se então as buscas de estratégias para viabilizar o oferecimento do Programa. Na ocasião foi firmado convênio com o Hospital das Clínicas da UFMG (Maternidade Otto Cirne e Instituto Jenny de Andrade Faria)

Prova Digital | Propriedade Impress

(HCUFMG); Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Hospital Sofia Feldman (HSF) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS), sendo então denominadas "instituições executoras".

A EEUFMG pontuou a relevância do Projeto e destacou como fatores facilitadores para o seu desenvolvimento: o chamamento dos Ministérios da Saúde e da Educação para o oferecimento do Programa; as diretrizes da Política Pública de Saúde da Mulher e Rede Cegonha; a possibilidade de contribuir com a mudança do modelo obstétrico; a modalidade de ensino como treinamento em serviço; a oferta de bolsa para os residentes e a Resolução Complementar Nº 01/2011 de 01 de dezembro de 2011, da Congregação da EEUFMG, que deliberava carga horária para o docente tutor de cursos de residência.

No ano de 2013 teve início na EEUFMG o primeiro Programa com 24 (vinte e quatro) vagas e, no ano de 2014, as vagas foram reduzidas para 12 (doze). O Programa foi cadastrado no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SIS-CNRMS) do Ministério da Educação do Governo Federal.

Apesar dos fatores favoráveis, a operacionalização dos Cursos ocorreu em meio a grandes desafios. Docentes foram designadas como tutoras das residentes e responsáveis pelas disciplinas da grade curricular, mas a carga horária das disciplinas ministradas e atividades administrativas no Curso não eram contabilizadas como encargo docente e, além disso, vários outros dificultadores foram importantes: a falta de cadastro do programa na Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMG e consequentemente as residentes não possuíam número de matrícula (o vínculo com a UFMG era por meio de formulários ajustados para receber a bolsa do MEC); as disciplinas não eram registradas no sistema acadêmico e não havia emissão de certificado pela Universidade; ausência de uma secretaria e apoio administrativo para as ações de suporte; pouca adesão dos docentes para ministrar os conteúdos das aulas teóricas e as atividades operacionais e outros. Ainda como entraves destaca-se o acesso dos residentes às bibliotecas da UFMG e ao restaurante universitário, sendo necessário fazer contatos individuais com os responsáveis de cada setor.

A defesa dos Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) foi um outro grande desafio. Como os residentes não eram matriculados, não havia mecanismos formais de cobranças dos prazos, apesar de estarem previstos no Regimento do Curso. Com isso, a primeira residente defendeu seu TCC em 25 meses e a que mais demorou defendeu com 54 meses do início do Programa.

Por ocasião da finalização dos Programas e defesa do TCC, a coordenação emitiu e entregou a cada aluna uma declaração informando as disciplinas cursadas, a frequência e finalização do Programa. De posse da declaração, as egressas procuraram o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) para se cadastrarem como especialistas e atuarem na área. O COREN-MG aceitou a declaração e a validou por um ano. Após este período era necessário apresentar o certificado.

Por ocasião do oferecimento dos primeiros programas, era previsto que o próprio Ministério da Educação certificasse as residentes. Posteriormente, a responsabilidade de emissão de certificado de conclusão de programa passou para a instituição proponente responsável pela sua execução (Ministério da Educação, 2014). Quando não havia, as egressas poderiam ter seu diploma cassado por exercício ilegal da profissão. Esses certificados também estavam sendo exigidos para assumirem cargos de Enfermeira Obstetra e para comprovar a titulação em concursos, que pontuam a especialidade, e não aceitavam a declaração emitida.

Buscando solucionar ou amenizar a falta de certificação do programa por parte da UFMG, a coordenação do Curso oficializou junto à diretoria do COREM-MG a situação vivenciada e buscaram-se soluções conjuntas. O COREN-MG suspendeu temporariamente as notificações às EO e aguardou a regularização do Programa para a certificação das egressas, porém, não avançou na questão da titulação, visto que são responsáveis pela fiscalização e não pela certificação.

A coordenação do curso e a diretoria da Escola de Enfermagem buscaram exaustivamente solução junto a Pró-Reitoria de Pós-graduação (PRPGUFMG), para a certificação dos egressos, visto que o Certificado deve ser emitido pela Instituição formadora. Isso de-

mandou reuniões em diferentes setores da Universidade, incluindo o Reitor e o Pró-Reitor de Pós-graduação.

Ao mesmo tempo em que a coordenação do Programa buscava operacionalizar os Cursos que estavam sendo ofertados e buscava sanar as deficiências para o seu desenvolvimento, entendia a necessidade de dar continuidade à formação na área. Assim, os coordenadores juntamente com a chefia de departamento e diretoria da Escola de Enfermagem optaram por não ofertar a modalidade de "Programa de Residência" e elaborou-se uma proposta de "Curso de Especialização – modalidade residência". A proposta do Curso seguiu os mesmos moldes do Programa e foi aprovada na PRPG como uma especialização *lato sensu,* no ano de 2017 (EEUFMG, 2017). Nessa modalidade de formação, somente os encargos didáticos das aulas teóricas ministradas são computados aos docentes. Justifica-se não computar a carga prática porque é desenvolvida nas instituições executoras e os residentes são acompanhados pelos profissionais do serviço – preceptores. Para a viabilidade dessa proposta contou-se com a oferta das bolsas pelo Ministério da Educação. Nesse modelo de formação não há incentivo financeiro para a Universidade e docentes.

Com essa mudança, em 2018 a EEUFMG retomou a formação com entrada de novas doze enfermeiras para o Curso de Especialização em EO/modalidade residência, dando continuidade ao papel da Escola de formador de especialistas, numa especificidade que atende a programas de governo e contribui para a melhoria da qualidade da assistência, dos indicadores perinatais e com a mudança do modelo de assistência obstétrica, especialmente em campos de prática onde há uma atuação limitada da EO. A inserção das estudantes residentes é uma estratégia para contribuir com a inserção e atuação das profissionais, uma vez que, para preceptorar, é necessário estar inserida no cenário de prática, ou seja, na assistência ao parto normal sem distocia.

Com a aprovação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/modalidade residência em 2017 pela PRPG, este órgão também aprovou retroativamente os Programas de Residência em EO ofertados nos anos de 2013 e 2014 na mesma modalidade. A aprovação retroativa permitiu alimentar o sistema Moodle UFMG,

inserindo-se os cursos ofertados àquela época, suas disciplinas, docentes, discentes, notas e frequência. Em seguida foi aberto processo para cada uma das 33 (trinta e três) residentes que concluíram os programas na ocasião e foi solicitado a emissão do Certificado de Especialista, fato que foi possível no primeiro semestre de 2019.

A ESTRUTURA DO ENSINO NA RESIDÊNCIA DE EO-UFMG

O Projeto Pedagógico (PP) dos cursos ofertados pela EEUFMG foi elaborado dentro das normas da Universidade e seguindo as proposições do Projeto Piloto do Programa de Residência em EO. Fundamenta-se na metodologia ativa de ensino-aprendizagem, onde a aprendizagem significativa orienta a construção de nexos entre os conhecimentos e as experiências. A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção em que os conteúdos de ensino são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, e não na forma de problemas. Ou seja, as relações são descobertas e construídas pelo aluno que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

Essa metodologia também favorece o desenvolvimento das relações entre teoria e prática, e ensino e trabalho, estimulando a reflexão crítica potencialmente transformadora da realidade (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004). Nessa perspectiva são privilegiadas as tecnologias ativas como discussões em pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas, práticas de simulação, grupos analíticos dos portfólios e seminários. As aulas teóricas são na modalidade presencial e com atividades em ambiente virtual de ensino, utilizando a plataforma Moodle. Ressalta-se que por meio da problematização da prática clínica, com foco no raciocínio clínico, são construídos o diálogo e a articulação entre educação, saúde e trabalho.

A CHT é desenvolvida nas dependências da Universidade e nesta computa-se uma parte de Educação à Distância (EAD), de no máxi-

Nova Digital Prototipo Impress

mo 20% da carga teórica. Para o desenvolvimento da prática, os residentes são distribuídos em grupos que atuam nas Unidades Hospitalares, Ambulatórios e Centros de Saúde, que constituem os campos de ensino clínico. Também são computadas atividades complementares de pesquisa e extensão realizadas em conjunto com os professores e tutores, de forma a possibilitar ao residente a vivência de outras ações para além das previamente definidas pelos campos de prática.

O acompanhamento da formação das especializandas-residentes é realizado pelas tutoras, docentes da EEUFMG designadas a acompanhar um ou mais estudantes e pelos preceptores (profissionais dos campos de prática). Dessa forma, o especializando residente tem acompanhamento direto e ininterrupto, tanto do seu desempenho, quanto das atividades que desenvolve para cumprimento das atividades. Conforme regulamento do Curso, o preceptor deve ser enfermeiro vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O preceptor que acompanha o residente na atenção à mulher no trabalho de parto e parto deve ser enfermeiro especialista em obstetrícia. E, os professores tutores são responsáveis pela orientação acadêmica de preceptores e residentes.

O sistema de avaliação do desempenho do residente tem caráter somativo, formativo e processual. São utilizados instrumentos que contemplam os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores, incluindo avaliações das disciplinas teóricas e práticas, ofertadas nos diferentes cenários. São avaliadas as competências clínicas, os portfólios, a participação nos grupos e em equipes de trabalho, os seminários e práticas de simulação. Ao final do Programa o especializando deve apresentar individualmente o Trabalho de Conclusão de Curso, que pode ser em formato de artigo ou capítulo de livro.

A CHT do Curso distribui-se em: oito horas de aula presencial e quatro horas de atividades de EAD, três plantões de 12 (doze) horas em Unidade de internação (maternidade), um plantão de seis horas em Unidade Básica de Saúde e seis horas de atividades com a tutora. Este último visa um maior envolvimento dos especializandos residentes nas investigações científicas e contribuir com o desenvolvimento do TCC, podendo também contemplar atividades de extensão.

Nova Digital Editora Impressa

A carga prática desenvolvida nas unidades da UFMG (Hospital das Clínicas e Instituto Jenny de Andrade Faria), no Hospital Risoleta Tolentino Neves e Hospital Sofia Feldman tem permitido aos residentes uma vasta e diversificada experiência, considerando as características e especificidades desses campos de prática. No Hospital Risoleta Tolentino Neves e o Hospital Sofia Feldman há uma atuação constante da Enfermeira Obstetra na cena do parto. No primeiro, esta atuação se dá durante a internação clínica, trabalho de parto, parto e puerpério; no segundo, essa formação/experiência tem início já na internação, quando a gestante chega e é avaliada, podendo ficar internada, em observação ou receber alta, e se estende durante toda a sua permanência no hospital, até a sua alta, que é dada pela EO. Quanto ao Hospital das Clínicas, há um movimento incipiente de inserção da enfermeira obstetra na cena do parto e as especializadas residentes têm participado e contribuído ativamente com esse movimento.

No Instituto Jenny de Andrade Faria, em especial nas Unidades Básicas de Saúde, as alunas desenvolvem atendimentos individuais e coletivos. Dentre os atendimentos individuais, destaca-se a consulta de enfermagem à mulher, com o atendimento de suas demandas e necessidades em saúde, incluindo as adolescentes. Em relação às demandas de saúde sexual e reprodutiva destaca-se o cuidado pré-natal de risco habitual, acompanhamento das gestantes de risco (no caso do ambulatório Jenny Faria), prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, cuidado pré-concepcional, planejamento reprodutivo, climatério e intercorrências ginecológicas. No contexto clínico individual da mulher a atuação das especializandas-residentes inclui uma abordagem integral e interligada ao cuidado das Equipes da Estratégia de Saúde da Família, podendo ser as consultas um espaço de detecção e intervenção sobre outras necessidades em saúde que também são acolhidas, consideradas e solucionadas, às vezes demandando referência e matriciamento de caso. Destaca-se ainda a visita domiciliar à mulher e recém-nascido após o parto e a busca ativa de gestantes nos casos necessários.

Em relação aos atendimentos coletivos estão as reuniões de planejamento reprodutivo, cursos de gestante e casais grávidos,

grupos de mães, rodas de conversa sobre o climatério, "mutirão Outubro Rosa" e outros, e oficinas de plano de parto. Essas atividades de educação em saúde são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também em outros espaços na comunidade.

Nas UBS existem, além da preceptora do campo, as professoras que acompanham os atendimentos de forma intermitente, o que contribui para o fortalecimento da construção de um cuidado integral, centrado na mulher, visando sua autonomia em detrimento de ações fragmentadas. Nesses espaços as residentes e os docentes contribuem para a qualificação da assistência, promovendo discussões nos serviços sobre a prática, propondo mudanças e realizando treinamentos em serviço.

As tabelas seguintes apresentam o levantamento de um estudo inicial (EEUFMG, 2015), aqui com o objetivo de ilustrar a inserção das residentes na prática concreta em serviços, mostrando a amplitude das ações nas quais se envolvem no trabalho em equipe.

Tabela 1. Ações assistenciais e procedimentos realizados na assistência hospitalar. Residência EO-UFMG, Belo Horizonte, Mar/2013 a Fev/2015

Assistência	**Total**
Acolhimento/Admissão	6852
Parturientes assistidas	4526
Partos	3000
Episiotomia	28
Episiorrafia	31
Rafia Laceração	1606
Assistência RN em Sala de Parto	1246
Avaliação em Enfermaria de Alto Risco	6738
Aleitamento Materno	2103
Avaliação Puérperas	14208
1° Exame RN	1826
Total	**42164**
Relação episiotomia/partos	0,9%
Relação rafia de laceração/partos	53,5%

Fonte: Banco de dados de acompanhamento da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Nova Digital Proibida Impressão

Tabela 2. Assistência geral na Atenção Primária. Residência EO-UFMG, Belo Horizonte, Mar/2013 a Fev/2015

Assistência	Total
Consulta de Enfermagem	2450
Ações Educativas	625
Outros	145
Total	3220

Fonte: Banco de dados de acompanhamento da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Tabela 3. Assistência detalhada por ações na Atenção Primária. Residência EO-UFMG, Belo Horizonte, Mar/2013 a Fev/2015

Assistência	**Total**
Consultas Pré-Natal	476
Consultas Prevenção Câncer	1057
Consultas Puerpério	58
Consultas Ginecológicas	753
Consultas Climatério	106
Ações Educativas Gestação	264
Ações Educativas Puerpério	185
Ações Educativas Climatério	36
Ações Educativas Planejamento Reprodutivo	140
Atendimento do 5º dia	26
Visita Domiciliar à Puérpera	32
Atuação em Sala de Vacina	**26**
Atendimento Demanda Espontânea	61
Total	**3220**

Fonte: Banco de dados de acompanhamento da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Tabela 4. Atividades realizadas com as equipes. Residência EO-UFMG, Belo Horizonte, Mar/2013 a Fev/2015

Atividade	Total
Reuniões Equipe	237
Capacitação equipe	64
Total	**301**

Fonte: Banco de dados de acompanhamento da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da EE/UFMG.

Nova Digital | Proibida Impressão

As tabelas mostram uma atuação diversificada, em diferentes atividades e níveis de atenção, durante o período de 2 anos de formação. Fica evidente a prioridade à assistência hospitalar, condizendo com o foco da formação nessa especialidade, mas também abrangendo uma atuação na atenção primária à saúde.

Como já mencionado, esses dados de produção foram destacados para ilustrar o complexo de ações nas quais se envolvem as residentes nesse processo formativo. Expressa as diferentes oportunidades de vivências-aprendizagens, operando-se simultaneamente à sua contribuição ao funcionamento e discussões sobre o serviço. Nesse contexto, produzem-se não somente oportunidades de *formação de alunos*, mas também de revisão e *fortalecimento da prática dos serviços e todos os sujeitos envolvidos*.

DESAFIOS NO RUMO DA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

Ao ressaltar a perspectiva de *formação de alunos e de todos os envolvidos nos espaços de trabalho*, ressalta-se a perspectiva de *transformação dos serviços* e das *práticas profissionais.* Assim indica-se um caminho a ser melhor endereçado na Residência de EO, no sentido da *indissociabilidade entre formar-intervir,* tema que *permeia* todo este Livro à luz dos referenciais que se propõe agregar ao campo da formação profissional (Brasil, 2010, 2014; Santos Filho; Souza, 2019). É baseando-se nesses referenciais que aqui se destaca a concepção da *formação-intervenção*. Segundo os autores mencionados, tal concepção traz a radicalidade de se entender o *real do trabalho* como elemento (a se tornar) inerente à formação, com isso pondo o desafio de se trazer à tona (no processo formativo) as muitas dificuldades ainda existentes na inserção da EO no modelo organizativo de atenção ao parto e nascimento. Trazer o *trabalho* como matéria da Residência significa fazer a formação passar pelos campos do *cuidado* e da *organização dos serviços* e seus *modos de gestão*, vistos como âmbitos indissociáveis de análise e aprendizagens.

Nova Digital – Prelo Impress

Nesse sentido, vale destacar que a modalidade de residência já traz em si um terreno fértil para se avançar nessa direção ético-política de formação – a direção da *transformação dos modos de cuidar, de gerir e de formar* –, considerando que ela se faz em *serviço* e assim, reafirmando, devendo tomá-lo não apenas como 'base' mas como o próprio 'objeto' privilegiado de discussão-formação-intervenção. Como ressaltado nos demais capítulos deste Livro, no cenário organizativo dos serviços, no modelo atual de atenção ao parto e nascimento, cruzam-se muitos tipos de interesses, valores e fatores intervenientes, indo além de elementos técnicos. Por isso se pode constatar que as dificuldades ainda existentes na inserção da EO nos espaços de trabalho, não se devem (apenas) à falta de pessoal e despreparo técnico. Reflexões nesses rumos precisam ser fomentadas na Residência, para isso ampliando seu marco teórico-político e incorporando à 'grade curricular' âmbitos de saberes que possibilitem discutir a organização e gestão do trabalho, as bases de integração transdisciplinar e multiprofissional, etc. Em outros termos, a formação indo além do preparo em competências e habilidades técnico-procedimentais. Voltando aos autores já mencionados: não é pelo campo da *atenção* isoladamente (a esfera do conhecimento, saberes, habilidades, competências técnicas, etc.) que serão transformados os serviços em sua organização e cuidado; é pelo campo da *gestão* que se pode colocar em análise tanto os *modos de cuidar* como os *modos de gerir*, como indica a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (Brasil, 2010, 2014; Santos Filho; Souza, 2019).

É importante ressaltar que os programas de residência em EO (incluindo os cursos da EEUFMG) se propõem como uma formação em serviço que contribui com a inserção no mercado de trabalho de um profissional qualificado, com habilidades clínicas, raciocínio crítico, ética e envolvido com o sistema de saúde, em especial o SUS. Também contribui com a capacitação das enfermeiras dos serviços, uma vez que além do tempo e jornada no desenvolvimento da prática, lhes possibilita contatos com as residentes, docentes e preceptores. A presença dos alunos contribui com a qualidade da assistên-

cia e com a educação continuada. Também contribui com um dos objetivos das universidades públicas, o de promover interação com a comunidade e ações de qualidade em seu benefício.

A persistência da EEUFMG na formação em EO não se dá somente pelos acúmulos já obtidos, mas principalmente por se acreditar no potencial de contribuir tanto na qualificação da assistência como no protagonismo para mudanças do modelo obstétrico. Também se coaduna com as diretrizes das políticas públicas de assistência à mulher, articuladas em programas recentes como a Rede Cegonha, Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, Pacto para a Redução da Mortalidade Materna, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, dentre outros, onde a participação da EO comparece como muito relevante.

A proposta dos cursos já vem contribuindo com o desenvolvimento de saberes e competências profissionais, com habilitação e segurança para o desenvolvimento das atividades. Entretanto, ainda é necessário avançar na ampliação dos referenciais teórico-metodológicos e em processos avaliativos que ajudem a (re)direcionar e fortalecer os rumos de mudança do modelo de atenção, buscando a qualificação do cuidado e satisfação da mulher, família e profissionais. Nesses sentidos, ainda há muito que investir na capacitação de docentes e de preceptores, na lógica do trabalho em equipe, no financiamento e outros recursos. Se bem articulados no rumo ético-político de mudanças esperadas, esses investimentos podem ser potencializados para a transformação dos processos, práticas e dos sujeitos que nelas estão implicados – alunos, trabalhadores dos serviços, professores, gestores e todos do entorno.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humanizasus. V.4.: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Nova Digital Prioridade Impress

Brasil. Lei Nº 11.129, de 30 de julho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional. Acessado em 08 de janeiro de 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 08 Jan. 2018.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública. Vol.20 n. 3 Rio de Janeiro, 2004.

DOU. Portaria conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012 (BR). Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1 nov. 2012: Seção 1:63-4 (a).

DOU. Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012 (BR). Processo seletivo destinado à oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 6 set. 2012: Seção 3:136-7 (b).

DOU. Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012 (BR). Processo seletivo destinado à oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 6 set. 2012: Seção 3:136-7 (c).

EEUFMG. Belo Horizonte. Minas Gerais. Arquivos do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência. Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

EEUFMG. Belo Horizonte. Minas Gerais. Arquivos do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência. Banco de dados de controle da assistência prestada pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

EEUFMG. Belo Horizonte. Minas Gerais. Arquivos do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência. Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais. 2017.

Feitosa JC. Santos AEV, Andrade VRA, Miyahara R. Comissão Nacional de Residência Em Enfermagem – CONARENF/COFEN: 15 anos de história. Enferm. Foco 2017; 8 (2): 12-20. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/833/374. Acessado em 08 de janeiro de 2019.

Nova Digital - Propriedade Impress

Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007.

Lima GPV, Pereira ALF, Guida NFB, Progianti JM, Araújo CLF, Moura MAV. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. Esc Anna Nery 2015; 19(4):593-599 Disponível em: http://www.redalyc.org/html/1277/12 774 3547010/. Acesso em: 08 Jan. 2019.

Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial Mec/Ms Nº 1.077, De 12 de Novembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45, de 12-01-2007. Alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.224, DE 03-10-2012. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192).

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional Em Saúde. Resolução Nº 7, De 13 de Novembro de 2014. DOU de 17/11/2014 (nº 222, Seção 1, pág. 12). Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí; 2010.

Santos Filho SB, Souza KV. Formação em enfermagem obstétrica para o trabalho em equipe: referenciais avaliativos e de análise-intervenção na organização e gestão do trabalho. In: Souza KV, Santos Filho SB, Carmo JMA, Vallerini APLG (orgs). Caderno do Curso de Aprimoramento em EO. Belo Horizonte: EEUFMG, 2019.

Nova Digital Editora Impress

Parte 5

Um hospital em seu desafio formativo-interventivo

ova Digital – Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

O Hospital Sofia Feldman como campo de atenção e ensino: experiências alinhadas à perspectiva da formação-intervenção

Ana Paula L. G. Vallerini, Carla Guanabens, Danúbia Mariane, Barbosa Jardim, Edson Borges, Erika da Silva Dittz, Joyce Maíra Bernardes Ângelo, Lélia Maria Madeira, Solange Clessêncio Ferreira Diniz, Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi e Serafim Barbosa Santos Filho

Nova Digital Prototipo Impress

CONTEXTO

O Hospital Sofia Feldman (HSF) tem um reconhecido histórico de práticas humanizadas na saúde das mulheres, especialmente na atenção ao parto e nascimento. Tal reconhecimento pode ser institucionalmente atestado pelas parcerias que o Ministério da Saúde do Brasil tem mantido com o HSF, contando com sua contribuição em diferentes projetos, abrangendo programas de formação e qualificação profissional.

Considerando o funcionamento de rotina do Hospital, abrangendo amplas articulações entre a atenção, gestão e ensino, pode-se compreender que a ideia da formação-intervenção permeia toda a prática de trabalho do HSF. Isso pode ser observado no modo como a *atividade de formar* ali se exercita em inseparável (con)vivência com os *processos e relações de trabalho, práticas, procedimentos* e *atos de cuidar.* E que isso traz para o *ato formativo* o desafio de fazer ver/refletir sobre as condições que favorecem ou limitam a implementação de ações, técnicas, saberes, procedimentos, instrumentos, etc., permitindo a dis-

cussão do *contexto* e das *possibilidades* que se criam para isso. Em outros termos, não obstante às dificuldades e desafios usuais a qualquer serviço de saúde no país (e em meio a isso), os *modos de fazer* ou de *trabalhar* (na assistência, na gestão e no ensino) vão produzindo oportunidades de reflexões aos sujeitos que ocupam aquele espaço, especialmente os que estão inseridos em cursos e programas educativos. Nesse rumo, mais do que sua (adequada) formação em habilidades tecnoprocedimentais e apropriação de um modo de estar na relação com o outro (modo de cuidar), *forma-se*, *também e essencialmente*, aumentando a *capacidade de análise e de intervenção* nos contextos reais de trabalho, contextos que só são possíveis de serem (trans)formados com os movimentos que os sujeitos e coletivos ('mais bem formados' ou mais potentes em sua capacidade de agir) dão conta de disparar e assumir de forma corresponsável.

Essa breve demarcação referencial aqui nos serve para destacar as bases da *formação-intervenção* abordadas em todo este livro, situando a importância de trazer o Hospital Sofia Feldman para compor com as experiências que reafirmam a perspectiva (sempre *aplicada*) dessa proposta formativa.

Nos últimos anos o HSF assumiu lugar especial em projetos que o MS vem fomentando para mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil, colaborando em programas de expansão da formação profissional. Partindo dessa parceria, envolvendo HSF, MS e EEUFMG, este capítulo traz exemplos de iniciativas que se transversalizam na experiência do serviço e se capilarizam, ajudando a multiplicar redes formativas para qualificar o cuidado ao parto e nascimento no Brasil e no mundo.

EXPERIÊNCIAS CONSTITUINDO REDES DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO

Os relatos seguintes abrangem 5 frentes de ação no HSF, tendo o ensino/formação como foco central e estão resumidas com o

Nova Digital Profissional Impress

objetivo principal de registrar sua *amplitude de alcance em rede* e os âmbitos de *transversalidade* que os perpassam.

Abrangem: experiências de integração multiprofissional no cotidiano de trabalho, a formação profissional em enfermagem obstétrica e qualificação específica para contribuir no trabalho em equipe, a contribuição para qualificação da rede SUS e cooperação internacional para mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento.

EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO MULTIPROFISSIONAL A PARTIR DO REAL TRABALHO

Começamos os relatos por uma iniciativa que ilustra como o Hospital exercita a *transversalidade na prática*, no caminho da integração de saberes e processos de trabalho.

Os Grupos de Discussão de Caso Clínico (GDCC) são uma experiência que tem como público-alvo os residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Neonatologia e em Enfermagem Obstétrica, de Residência Médica em Neonatologia e Ginecologia e Obstetrícia e os trabalhadores do serviço.

A elaboração dos casos é realizada pelos residentes, contemplando as diferentes áreas de formação e categorias profissionais, com o acompanhamento de um preceptor. O tema a ser discutido é escolhido pelos participantes, considerando situações vivenciadas por eles na atenção à mulher e ao recém-nascido e que, por algum motivo, tenha mobilizado o grupo. Além disso, os casos a serem discutidos referem-se a usuários que ainda estão internados, possibilitando aos residentes analisar situações reais do cotidiano, intervir quando necessário e possível e produzir conhecimento acerca da experiência.

Em sua construção, os residentes buscam a literatura pertinente como sustentação teórica e utilizam fontes de informação diversas, como o prontuário, entrevistas com usuário, familiares e profissionais de saúde, visitas domiciliares e às unidades de saúde por onde passaram as usuárias.

ova Digital | Produção Impress

A apresentação é aberta a todos os residentes e trabalhadores do Hospital e a exposição é seguida de discussão entre os participantes. Entre os temas abordados têm-se o aprofundamento em patologias específicas, os aspectos emocionais vivenciados por usuários e trabalhadores diante de determinada condição de saúde e a organização da rede de saúde. Em seu desfecho as discussões desencadeiam novas ações como o redirecionamento da prática profissional, articulações com a rede de saúde, revisão e/ou criação de protocolos assistenciais, dentre outros. Tais ações são pactuadas entre os participantes que se comprometem com os encaminhamentos que se fizerem necessários.

Essa estratégia assistencial-formativa tem possibilitado aos residentes e profissionais experienciarem o processo de formação-intervenção no cotidiano do cuidado. No que se refere aos residentes, em um processo de formação a partir da inserção no trabalho, é oportunizada a articulação dos saberes advindos da teoria com a realidade prática e, mais do que isso, são estimulados a desenvolver um saber crítico-reflexivo sobre sua prática, visualizando a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos. Os trabalhadores que se disponibilizam a participar das discussões dos casos contribuem com a produção coletiva de conhecimento, colocam em análise o seu processo de trabalho e, consequentemente, retroalimentam suas práticas cuidadoras. O usuário, por sua vez, beneficia-se de todo esse processo uma vez que traz em si a potencialidade de qualificar a assistência oferecida.

Pelo exposto, a incorporação da discussão de situações vivenciadas no cotidiano dos serviços ao processo de formação abre possibilidade para residentes e trabalhadores agirem e, ao mesmo tempo, refletirem criticamente sobre o seu fazer e, a partir de então, produzirem uma nova forma de cuidado.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS PARA CONTRIBUIR NA MUDANÇA DE MODELO DE CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO: PARCERIAS COMPROMETIDAS COM O SUS/MS/BRASIL

Desde o início da implementação da Rede Cegonha como projeto estratégico do Ministério da Saúde (MS), o HSF vem intensificando sua atuação como parceiro na formação e qualificação de enfermeiras obstétricas, juntamente com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). A relevância dessa parceria pode ser expressa no contexto de investimentos que o MS vem fazendo para induzir a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento e, para isso, chamando a colaboração de serviços que considera ter acúmulos nessa direção.

No Brasil, percebe-se um movimento de transição do modelo de assistência ao parto e nascimento. O desafio parte de um modelo que considera o parto um evento médico e de risco, cujo cenário é o ambiente hospitalar, modelo denominado de tecnocrático e marcado por intervenções desnecessárias e prejudiciais. O alvo é a superação de tal modelo, tendo como foco o cuidado centrado na mulher, no seu protagonismo e autonomia e, para isso, organizando-se a atenção a partir de equipes multiprofissionais.

A oferta de uma atenção qualificada aparece como um componente essencial na mudança do modelo de atenção. Entretanto, são grandes os desafios, principalmente, no que se refere à mudança (também) na formação e nas práticas dos profissionais, em favor do cuidado humanizado, passando pelo uso racional de tecnologias, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidado.

Nesse contexto, o HSF vem desenvolvendo uma ampla gama de programas formativos, passando por especialização, aprimoramento, residências e outros. Aqui põe-se em destaque um programa de Aprimoramento de EO, capaz de bem expressar a contribuição efetiva para expansão da rede de profissionais em qualificação para um novo modelo.

Nova Digital Publicações Impress

No que se refere ao Aprimoramento de EO (em parceria com o MS e EEUFMG), foram propostos cursos de curto prazo voltados para profissionais de todos os estados do país, com foco na qualificação para a assistência, no fortalecimento do trabalho em equipe e na redução de cesarianas desnecessárias. São cursos inseridos no "Componente parto e nascimento" da Rede Cegonha/MS e realizados em várias turmas formadas por profissionais vindos de diferentes serviços de saúde do país.

O curso possui uma carga horária total de 132h, com 108h de prática no HSF e 24h destinadas ao conteúdo teórico-prático. Na primeira etapa são desenvolvidas atividades práticas no Hospital na assistência direta ao parto e nascimento. A segunda etapa compreende a elaboração de um plano de ação com vistas à continuidade do processo de capacitação e inserção no cenário do parto e nascimento em seus locais de trabalho. Também compreende a organização de seminários em seus serviços (e com rede do entorno) para fomentar o debate sobre as mudanças de modelo e intercâmbio com maternidades que fazem parte da Rede Cegonha/MS.

No momento já somam 192 profissionais capacitados dentro do modelo humanizado e cuidado centrado na mulher, baseado em evidencias cientificas. Nas várias turmas já foram envolvidos todos os estados brasileiros, mais de 80 cidades e 115 serviços. Nos seminários espalhados pelos serviços e organizados pelas aprimorandas, participaram cerca de 3000 pessoas.

Vale destacar que, além da oportunidade de assistir integralmente à mulher, contemplando as práticas baseadas em evidências, as aprimorandas, em campo, fortalecem sua inserção como EO e no *trabalho de apoio* à gestão para a mudança do modelo. Importante atestar que os cursos permitem ampliar redes formativas e de atuação dos EO nos serviços, por meio de estratégias que envolvem negociações e ações de visibilidade e compreensão da importância do modelo colaborativo na assistência ao parto.

HABILITAÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DE AÇÕES COMPROMETIDAS COM OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES

O HSF está também conduzindo uma importante 'frente formativa' ligada a outro projeto do MS/Rede Cegonha, voltado para a qualificação dos hospitais de ensino do Brasil no campo obstetrico-neonatal. O foco continua sendo o de ampliação da formação de EO para procedimentos considerados pertinentes na atuação em equipe, neste caso habilitando-se para a inserção do DIU.

Para contextualizar essa 'necessidade formativa', vale registrar o complexo cenário dos serviços na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. O planejamento familiar consiste em garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira, ou seja, o direito de ter ou não filhos, garantindo-lhes os elementos necessários para acesso às informações e realizarem escolha consciente de métodos seguros e eficientes (Lei nº 9.263/1996). É importante salientar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e sua livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher do MS desde 1984. Mesmo sendo uma prioridade na saúde da mulher, é notória a distorção nas ofertas dos métodos, com disponibilidade quase que exclusiva do anticoncepcional oral e da laqueadura de trompas.

No Brasil, ainda persistem dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos em geral. De acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil" (Fiocruz, 2014), 55% das mulheres não planejavam a gestação, índice chegando a 66,6% entre adolescentes, sendo apenas 32% as que utilizavam anticoncepcionais como método de planejamento. Isso mostra as limitações na acessibilidade aos métodos, inclusive aos Dispositivos Intrauterinos (DIU's). A mesma pesquisa mostra que 76% de todas as mulheres com parceiro estável usavam algum tipo de contracepção, sendo a laqueadura tubária o método mais utilizado (40%), seguido por pílulas anticoncepcionais (20%).

Os DIU's em uso no cotidiano, tanto o de cobre quanto o Sistema Intrauterino com Levonorgestrel, são métodos seguros e bem

tolerados, com taxas de falha semelhantes à esterilização cirúrgica feminina. Ainda assim, segundo dados do MS, no Brasil somente 1,9% das mulheres em idade fértil usam o DIU de cobre, que possui excelente custo benefício e é fornecido pela rede pública de saúde. Contudo, apesar de sua efetividade, existem muitas lacunas de informação e de estudos acerca da inserção do DIU pelo enfermeiro (Machado, 2018), provavelmente porque há um baixo número de profissionais capacitados para sua inserção. Vale afirmar que não existe impedimento legal para que o enfermeiro realize consulta clínica, prescrição e inserção do DIU, como ação intraconsulta para atender à ampliação da oferta do DIU, conforme o Parecer Técnico 17/2010COFEN/COFEN (Cofen, 2010).

A iniciativa do HSF, em parceria com o MS e EEUFMG, para colaborar na formação para ampliação de oferta do DIU desenvolve-se por meio de uma oficina denominada "Atuação da Enfermagem Obstétrica com foco nos Direitos Sexuais e Reprodutivos: inserção do Dispositivo Intrauterino." Trata-se de uma atividade de capacitação dentro do Curso de Aprimoramento para EO e no projeto de qualificação dos hospitais e ensino. Tem como objetivos: identificar conceitos, o acesso a informações e aos métodos de planejamento reprodutivo e a importância das ações para a redução da gravidez indesejada e aborto inseguro; contextualizar informes sobre o DIU no mundo; identificara taxa de adesão das mulheres, benefícios e efeitos adversos, critérios de elegibilidade, formação, regulação e prática; saber como inserir o DIU pós-parto imediato e de intervalo em simulação e; identificar a importância do trabalho multiprofissional na oferta e garantia do direito à escolha dos métodos. (Brasil, 2010; Fiocruz, 2014).

A cada oficina seis enfermeiras aprimorandas são acompanhadas por duas facilitadoras que, ao longo de 4 horas, oferecem-lhes o arcabouço teórico junto à discussão acerca da valorização da experiência prática de cada uma das participantes, articulando-se as evidências disponíveis sobre o assunto. Estudos de caso construídos pelas aprimorandas a partir do seu cotidiano de atendimento, entrevistas, prontuários e outras fontes, são realizados como oportu-

nidades para a construção de saberes e aproximação/fortalecimento da prática diária.

A inserção do dispositivo é realizada com utilização de próteses e outros materiais, necessários à simulação do procedimento. Além disso, são também simulados o uso de impressos, como termo de consentimento, consulta e abordagem à usuária. Cada enfermeira tem a oportunidade de realizar todo o processo de inserção do DIU, sob supervisão das facilitadoras.

As avaliações do processo enfatizam a oportunidade de construção coletiva de novos saberes, quebra de tabus e medos.

Apesar da oficina não ser suficiente para preparar as aprimorandas para a inserção do DIU em seus serviços, elas se apropriam de referencial e reflexão de que essa é uma prática possível para elas e suas equipes. Enfatizam a necessidade de estabelecimento de fluxos e protocolos para viabilizarem a prática em seus serviços e expressam o desejo de construção coletiva dessas ferramentas, junto aos seus parceiros.

A utilização de protocolos específicos e a ampliação da atuação de outros profissionais de saúde capacitados para a disponibilização/inserção do DIU, podem representar ações eficazes e seguras para diminuir barreiras ao DIU e melhorar o acesso a esse método. Cabe salientar que o EO exerce importante papel no planejamento familiar, que inclui ações preventivas e educativas para a garantia do acesso igualitário às informações, aos meios, aos métodos e às técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. A atuação limitada do EO no procedimento do DIU, inclusive pelo fato de esse profissional nem sempre estar capacitado, consiste em uma das principais barreiras para a popularização do método. Por tudo isso, há que reforçar o incentivo institucional para formação e utilização de protocolos que ajudem na ampliação da atuação de outros profissionais de saúde como os EO nas equipes de atenção, o que representa uma importante ação de qualificação na garantia dos direitos reprodutivos e planejamento familiar. Além disso, é ação potente para colaborar na redução de abortamentos inseguros e morbimortalidade materna.

Nova Digital Profissional Impress

CONTRIBUIÇÃO DO HSF NA FORMAÇÃO DA REDE SUS-BELO HORIZONTE: QUALIFICAÇÃO DO PRENATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção pré-natal constitui-se como um dos quatro componentes da Rede Cegonha/MS (portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011). Entre as propostas da portaria estão: a garantia do acolhimento e vinculação da gestante na rede; ampliação do acesso; qualificação e resolutividade da assistência prestada; avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades; garantia ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010).

Essas propostas exigem investimento na educação continuada dos profissionais de saúde que conduzem a assistência pré-natal na rede de atenção primária e promovendo-se uma qualificação ampliada nas seguintes perspectivas: ênfase nas práticas assistenciais baseadas em evidência, construção coletiva de um olhar de respeito aos direitos das mulheres em sua diversidade cultural, étnica e racial e promoção da equidade e integralidade do cuidado no ciclo gravídico e puerperal.

Nesse contexto, com o objetivo de qualificar e alinhar a assistência à gestante na rede SUS-BH, o PRENABE (Pré-natal Baseado em Evidência) surge como uma estratégia de educação continuada para os profissionais que atuam no cuidado à gestante e puérpera na atenção básica. Trata-se de um Curso com as seguintes finalidades: promover a aproximação e troca de experiências entre profissionais da atenção primária e do hospital, visando superar resistências pessoais e/ou institucionais e facilitar a cooperação; potencializar o conhecimento dos profissionais dos centros de saúde e do hospital a respeito das realidades, dificuldades e experiências vividas em seus respectivos espaços de trabalho e a compreensão do fluxo de usuários entre um e outro espaço; discutir a mudança de modelo de assistência proposto pela Rede Cegonha, o papel das diferentes categorias profissionais na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal; discutir a abordagem clínica, baseada em evidências científicas, da gestante de risco habitu-

al, e das intercorrências clínicas que mais comumente levam uma gestante ao pré-natal de alto risco, buscando refletir sobre o conceito de risco na gestação.

O PRENABE começou a ser concebido em 2015, como a realização de cursos pilotos no Ceará (Tauá) e Rio Grande do Sul (Passo Fundo, Palmeira das Missões, Erechim e Alegrete). Em 2016, a partir de uma parceria do Hospital Sofia Feldman com o Distrito Sanitário Norte do SUS-Belo Horizonte (BH), o Curso foi remodelado para alcançar os profissionais da atenção primária. A sua preparação em BH ocorreu em reuniões semanais composta por uma equipe multiprofissional que incluiu gestores, médicos e enfermeiros da atenção primária; médico e enfermeira obstétrica do HSF; referências técnicas do Distrito Sanitário Norte e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Nos encontros foram discutidos o conteúdo e metodologia, propondo-se uma carga horária de 18 horas, divididas em 4 módulos de 4 horas e 30 minutos, voltado inicialmente para os 160 profissionais de saúde alocados nas unidades básicas do Distrito Norte, distribuídos em 4 turmas com aproximadamente 40 participantes.

O PRENABE tem as seguintes características: é um curso de curta duração, de baixo custo e organizado para interferir o mínimo possível na agenda dos profissionais da atenção primária. Utiliza conceitos e instrumentos de medicina baseada em evidências (meta-análise, nível de evidência, nível de recomendação, riscos relativo e absoluto), mas numa abordagem simplificada, que possibilitasse um bom entendimento de todos os participantes, independentemente do tipo de formação. Estruturado com a possibilidade de ser replicável (é importante que possa ser oferecido periodicamente para os novos profissionais admitidos). Pode ser atualizado e administrado por profissionais do próprio sistema local. À medida que o sistema de saúde local se apropria do conteúdo e da metodologia do PRENABE, os próprios profissionais capacitados podem reproduzir o Curso.

A primeira experiência no SUS-BH foi desenvolvida em 5 módulos

O módulo inaugural na rede SUS/BH foi organizado com duas aulas expositivas, seguidas de discussão em grupos dos temas relacionados à "organização do pré-natal e estilo de vida, trabalho e violência". Na avaliação do módulo, constatou-se que a metodologia não foi considerada adequada, fazendo-se os ajustamentos para o segundo módulo, com estratégias pautadas nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Nessa direção no segundo módulo foi utilizado o esquema de "rotações por estações de aprendizagem", após uma sessão expositiva inicial com o tema "Queixas comuns durante a gravidez". Após, os participantes foram divididos em grupos de 10 integrantes, que percorriam as 4 estações que duravam em média 40 minutos. Os conteúdos trabalhados foram as principais infecções que podem acometer a gestação sendo elas: Sífilis, Toxoplasmose, Infecção do Trato Urinário e Dengue, Zica e Chicungunha.

O mesmo modelo de organização foi utilizado para o módulo 3, que tinha como eixo as principais complicações gestacionais e iniciou com a exposição sobre "Hipertensão na gestação e Restrição do Crescimento Intrauterino". Nas estações as temáticas foram: Diabetes na gestação, Depressão perinatal, Prematuridade e Anemia e suplementação na gravidez.

O módulo 4 foi no formato de 2 aulas expositivas seguidas de discussão abordando "Via de parto – indicações clínicas, aconselhamento e direito de escolha; fase latente - momento do parto – vitalidade fetal". Esse módulo foi conduzido diretamente pelos profissionais do HSF, permeado pelos princípios da humanização da assistência ao parto e nascimento.

O último módulo teve como enfoque a assistência ao recém-nascido na atenção primária com a exposição inicial "Avaliação da criança até 60 dias de vida", seguida das estações: "Ações do 5º dia, Prevenção do desmame precoce, Reconhecimento de doenças graves e Reanimação Neonatal".

Para complementar as ações foi utilizado o ambiente MOODLE para apoio às atividades presenciais. Na plataforma, administrada pelo Centro de Educação em Saúde (CES) da Prefeitura de Belo Horizonte, foram postados, para facilitar o acesso dos participantes, todos os materiais utilizados nos módulos: teste, apresentações das aulas e bibliografia recomendada para estudo.

Os participantes realizaram uma avaliação geral e apontaram sugestões para as novas turmas. O PRENABE foi reconhecido como uma oportunidade privilegiada de diálogo entre profissionais da maternidade de referência HSF, da atenção primária e gestores (tanto de nível central, quanto do distrito sanitário e HSF), todos tendo participado ativamente de todas as etapas de idealização, construção e execução das atividades.

A experiência acumulada até o presente sugere tratar-se de uma estratégia efetiva, econômica e replicável de educação continuada para profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal. Para maior efetividade é importante que o Curso esteja vinculado a outras estratégias de educação continuada e gestão, como matriciamento por especialistas, alinhamento de condutas (protocolo atualizado) e instrumentos gestores para fortalecimento da atuação em rede.

CONTRIBUIÇÃO DO HSF NA AMPLIAÇÃO DE REDES FORMATIVAS EM COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: JAPÃO, ÁFRICA, ÁSIA, AMÉRICA LATINA E CARIBE

Além de referência em âmbito nacional, o modelo de funcionamento do HSF é também reconhecido para além do Brasil, expressando-se em parcerias que vêm-se expandindo e consolidando por meio de cooperação técnica. Vale ressaltar que os acúmulos que sustentam essas cooperações são legitimados pela OPAS/OMS, agências internacionais de referência para a saúde.

No que se refere às capacitações de profissionais de outros países, desde 2002 o Hospital tem mantido parceria com a JICA (Japanese Internacional Cooperation Agency), com intercâmbio de conheci-

mento e experiência na assistência obstétrica e neonatal dos dois países. De 2002 a 2017 os profissionais do HSF foram agraciados com programas de capacitação no Japão na área materno-infantil e na saúde comunitária.

Como parte dos compromissos assumidos pelo Hospital, em 2008, por meio do Programa de Parceria Brasil Japão (Japan Brazil Partnership Programme/JBPP), recebeu em visita técnica *midwives* e gestores dos serviços de Madagascar/África. Ao final de 2010, por intermédio da JICA, o Hospital recebeu enfermeiras e médicos da área materno-infantil do Camboja/Ásia, profissionais atuantes na assistência, no ensino e na gestão. A visita teve como objetivos: conhecer a experiência de humanização da assistência ao parto e nascimento do HSF e refletir como as experiências brasileiras que poderiam ser implantadas no Camboja, para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento. Na sequência, em 2012, três profissionais *experts* do HSF foram convidados a visitar os serviços de saúde daquele país, para compartilharem os avanços alcançados a partir da vivência no HSF, e participar de grupos de discussão de boas práticas na atenção materno-infantil.

Em dezembro de 2014 o HSF recebeu profissionais da gestão de seis hospitais/maternidades de Mendoza/Argentina, que aqui permaneceram por 10 dias. A capacitação foi articulada e patrocinada pela OPAS/OMS e teve como finalidade proporcionar aos profissionais oportunidades de vivência com as boas práticas na atenção à mulher e ao recém-nascido, especialmente, ao parto e nascimento.

Em 2018 estiveram durante 10 dias de vivências no Hospital um grupo de médicos e enfermeiras de El Salvador, lotados no Ministério da Saúde e no Hospital Nacional da Mulher. A visita foi articulada e patrocinada pela JICA e teve como objetivos permitir aos profissionais vivenciar estratégias assistenciais que favorecem as boas práticas na atenção à mulher e ao recém-nascido e discutir as possibilidades de implantação de ações naquela país.

Os Cursos na modalidade de TCTP (*Third Country Training Course*), oferecidos no Programa de Parceria Brasil Japão - JBPP, foram negociados em 2009/2010 a partir de resultados bem-sucedidos com ativi-

dades decorrentes das parcerias anteriores. Para o oferecimento destes cursos, além da parceria entre o HSF e a JICA, conta-se também com a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE). O primeiro contrato estabelecido entre as partes permitiu o oferecimento de cinco cursos que tiveram edições anuais, de 2010 a 2014. Em 2016, foi assinado o segundo contrato para o oferecimento de mais cinco cursos, iniciados em 2017.

Em destaque o Curso Internacional de atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido

Um "curso internacional de atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido" (no âmbito do TCTP) foi proposto pelas partes cooperantes a fim de contribuir com a redução da morbimortalidade materna e neonatal de países africanos de língua portuguesa e da América Latina e Caribe, direcionado aos profissionais da assistência, da formação e gestão. Tem como objetivo, desde sua primeira edição, capacitar profissionais assistenciais, docentes e gestores de serviços de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, com vistas à implementação de estratégias de humanização e participação comunitária na atenção obstétrica e neonatal. O curso foi planejado em módulos, contemplando conteúdos básicos e específicos da assistência à mulher e ao recém-nascido, levando-se em consideração as características dos participantes, que balizam o nível de complexidade dos conteúdos abordados. Tem carga horária de 120 horas, distribuídas em 3 semanas, com atividades teórico-práticas. Como estratégias de ensino-aprendizagem são utilizadas aulas dialogadas, oficinas com simulação realística e vivências nos espaços assistenciais. Além dessas atividades, o Curso proporciona visitas técnicas a serviços da rede básica, discussões com gestores municipais e do Hospital e vivências em atividades realizadas pelo controle social. Ao final do Curso é solicitado aos participantes de cada país a elaboração de um plano de ação. Este plano é orientado pelas necessidades de cada serviço/município/província/país, subsidiando intervenções para mudanças na realidade.

Nova Digital - Edição Impressa

Os cursos oferecidos de 2010 a 2014 tiveram como público alvo profissionais de países africanos de língua portuguesa e da América Latina e Caribe. Participaram médicos e enfermeiros da atenção materno-infantil de 15 países, sendo 4 do Continente Africano (Angola, Cabo Verde, Moçambique e São Tomé e Príncipe). Dentre os países contemplados, os africanos foram os que tiveram mais participantes. Do segundo contrato, assinado em 2016, já foram oferecidos três cursos. A partir de avaliações feitas junto aos parceiros, ficou decidido que seriam abertas vagas apenas para dois países africanos considerados pela JICA e ABC/MRE/Brasil como os que mais demandavam investimento em qualificação de seus profissionais, naquele momento. Além disso, avaliações anteriores mostraram que aqueles países/serviços com maior número de profissionais capacitados apresentavam maiores chances de implementação dos planos de ação, com vistas às mudanças propostas. Nesse sentido, iniciaram-se os cursos com participantes de Angola e Moçambique, todos indicados pelos respectivos Ministérios da Saúde, como pré-requisito. Ao final do terceiro curso, já contamos com 44 profissionais capacitados, sendo 20 de Angola e 24 de Moçambique. Ressalta-se que, de Moçambique, tivemos ainda a presença de 9 profissionais do Ministério da Saúde (MISAU) em visita técnica ao HSF.

Ao orientarmos os planos de ação com o grupo de 2018 ressaltamos a necessidade de sua articulação direta com instâncias/serviços locais no país de origem, buscando integração entre os ex-participantes que se encontram em diferentes serviços e em províncias distantes da capital, monitorando as ações já implementadas ao longo dos anos e fortalecendo o grupo para as negociações pertinentes junto ao Ministério da Saúde. A perspectiva da negociação foi amplamente discutida e avaliada do ponto de vista de suas condições e fomentando-se o engajamento e compromisso dos profissionais com a implementação de ações em suas governabilidades.

O contínuo e expressivo investimento do Hospital na formação de profissionais tem contribuído para a disseminação das boas

Nova Digital | Provisória Impressão

práticas na atenção à mulher e ao recém-nascido e, consequentemente, com a implementação do modelo assistencial preconizado pela OMS. Com a proposta de formação na modalidade TCTP, parceria com a JICA e ABC/MRE, o HSF espera sensibilizar os participantes para a implementação de estratégias de humanização e de boas práticas capazes de impactar na qualificação da assistência e na redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil dos países em questão. Nessa perspectiva, além dos inquestionáveis benefícios relativos à disseminação e incorporação de novos conhecimentos pelos participantes/serviços e que deverão culminar em mudanças de sua prática assistencial, há que se ressaltar os aspectos relativos à cooperação entre países por meio da socialização de *expertises*, que tem como propósito o atendimento às demandas dos países beneficiários e também o estreitamento das relações político-institucionais entre os envolvidos.

CONCLUINDO

A ideia de *transversalidade* e *rede* que queremos destacar nessa *prática formativa* no HSF traz em si a articulação com o *funcionamento assistencial* do serviço, isto é, atestando-se a *indissociabilidade* entre atenção e formação ou entre os processos de cuidar e de formar, também indissociáveis do modo como se organiza o trabalho (campo da gestão). Esses são referenciais caros à Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão no SUS/Brasil (PNH), que traz como finalidade e desafio a transformação dos *modos de fazer* em saúde, compreendendo que isso só é possível com o *aprendizado coletivo com as próprias situações de trabalho* (Brasil, 2008, 2010; Santos Filho; Barros; Gomes, 2009). São estas (as realidades de trabalho) que compõem a matéria-base da formação, que se faz sempre no desafio de intervenção-transformação das realidades. Daí a concepção de *formação-intervenção* articulada na PNH, mediada por *processos avaliativos* que a ajudam a se interrogar quanto aos seus rumos e a se firmar/ajustar nos rumos propostos (Santos Filho, 2010). Os capítulos 1/parte 1 e 1/parte 2 deste Livro

trazem essa abordagem, indicando caminhos para conexões com o que compõe a experiência cotidiana do Hospital Sofia Feldman.

Diferentemente de outros serviços/hospitais de ensino, onde muito do ensino fica distanciado da realidade de trabalho (e formando profissionais distanciados das necessidades do SUS), o HSF experimenta o desafio do aprender-fazendo e fazer-aprendendo com sua realidade, desafiando-se à transformação, consolidação, redirecionamento de suas práticas, seus modos de fazer e de formar, isso se estendendo na relação formativa de outros serviços/equipes. Cumpre-se assim com essa finalidade essencial de formação comprometida com as necessidades e mudanças esperadas e respeita-se o princípio do SUS como ordenador efetivo da formação profissional.

Se na transversalidade o alargamento de fronteiras (de saberes, poderes, setores, instâncias, especialistas, etc.) é a tônica marcante, tal perspectiva (e desafio) deve ser identificada cuidadosamente nas experiências que o HSF vem desenvolvendo. Nesse rumo, não se espera identificação em sentido estático de constatação dos avanços, mas articulando olhares avaliativos corresponsáveis, que ajudem a superar lacunas em direção aos aprimoramentos pertinentes.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010:300p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer relator nº 17/2010/ COFEN/ CTLN. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do Cofen, para análise e emissão de Parecer sobre a "viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Repro-

Nova Digital - Proibida Impressão

dutivo". Brasília, 11 de nov. de 2010.*COREN – Conselho Regional de Enfermagem;" łP – Parecer; ŦCOFEN – Conselho Federal de Enfermagem; §CTLN – Câmara Técnica de Legislação e Normas; "CTAS – Câmara Técnica de Atenção à Saúde.

Fiocruz. Pesquisa Nascer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/ acessado em 07/11/2018.

Machado RB. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. In: São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. 13 p. (Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO; no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação 2009; 13:603-613.

Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí; 2010.

ova Distribuição – Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

Parte 6

Por uma rede de qualificação de serviços na ótica da avaliação-formação-intervenção

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

Desenho de avaliação-intervenção em um projeto de qualificação da formação, gestão e atenção ao parto e nascimento

Serafim Barbosa Santos Filho

Este texto compõe a metodologia de um projeto conduzido pela UFMG[1], com a seguinte equipe diretamente envolvida em seu desenvolvimento e acompanhamento avaliativo, integrando-se numa efetiva construção coletiva:
Adriana Lopes Lima Melo, Aline de Oliveira Costa, Célia Adriana Nicollotti, Elysângela Dittz Duarte, Erika da Silva Dittz, Karine Franklin Assis, Kleyde Ventura de Souza, Maria Christina Almeida Barra, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Rosana Maria Fachini de Divitiis, Sônia Maria Lievori Rego Pereira, Serafim Barbosa Santos Filho

CONTEXTO

Nas últimas décadas o Ministério da Saúde (MS) vem investindo em várias iniciativas para contribuir com a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento na rede SUS, considerando as lacunas amplamente conhecidas e demonstradas em estudos de referência (Diniz, 2009; Leal; Gama, 2014; Brasil, 2014). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) abrange diretrizes para os vários níveis de organização dos serviços e, com relação à atenção

[1] Projeto financiado e promovido pelo Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde das Mulheres, em parceria com UFMG como entidade executora.

Nova Digital - Editora da Impress

obstétrica e neonatal, um conjunto de esforços recentes foi canalizado na estruturação da Rede Cegonha (Brasil, 2014), estratégia organizativa de rede em vigor a partir de 2011. A RC articula diretrizes consideradas essenciais, tanto no sentido de uma ética de atendimento e prestação de serviço quanto no de reorganização das práticas, processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso e cobertura assistencial. Além dos eixos de investimento na qualificação da atenção e gestão, a RC considera como uma ação estratégica a de formação-intervenção, por meio de processos de qualificação do ensino-aprendizagem no contexto dos próprios serviços. Nessas direções, indica a incorporação de práticas recomendadas por organismos internacionais de saúde (OMS) e referendadas pelo MS, seguindo os compromissos mais amplos do governo brasileiro com as metas do milênio.

Nesse contexto foi elaborado, em 2017, um projeto de qualificação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais *de ensino,* incluindo os universitários e/ou que atuam como campo de prática nessa área, tendo como pressupostos (i) a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento e ao abortamento e (ii) a necessidade de ampliar a integração ensino-serviço, tanto na qualificação das práticas de cuidado quanto na formação profissional (Brasil, 2017). O Projeto traz a perspectiva de potencializar a parceria com os hospitais de ensino, ampliando seu alcance de atuação na rede SUS e também reformulando ou aprimorando os seus próprios processos de trabalho e de formação.

Em meio aos problemas ainda existentes no cenário social e epidemiológico-assistencial na saúde obstétrica e neonatal no Brasil (Leal; Gama, 2014), os dados dos hospitais de ensino foram destacados para compor os desafios de intervenções em busca de melhorias. No caso dos indicadores relacionados às práticas recomendadas, observam-se alguns resultados positivos, mas não se pode afirmar que tais práticas se encontram consolidadas nesses hospitais. Por outro lado, na esfera da formação profissional, o modo de organização dos processos de trabalho e de integração ensino-serviço tem corroborado com a permanência de modelos tradicionalmente dificultadores da adequação do cuidado e da formação (Brasil, 2005; Rabelo; Oliveira, 2010).

Nova Digital Impress

Por tudo isso, a interferência nos processos formativos junto às instituições de ensino despontou como ação estratégica fomentada pelo MS, buscando-se reverter o foco de problemas associados aos modelos tradicionais de atenção e formação (Brasil, 2017). Na perspectiva do Projeto, pressupõem-se movimentos para qualificar e aprimorar a atenção e o ensino-aprendizagem, mas ressaltando que, sobretudo, o aprimoramento se dê com a introdução de inovações nas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho. Assim, em sua formulação, destaca-se que as mudanças passam por três campos considerados bem definidos e inseparáveis – o de formação, de atenção e de gestão – e que a inseparabilidade entre esses campos é pressuposta no seguinte alinhamento: os horizontes da *formação* devem ser aqueles que perpassam a *atenção* (com adoção das melhores práticas de atenção baseadas em evidências científicas, garantindo os direitos das mulheres, crianças e famílias) e melhores *práticas de gestão* (promovendo participação e corresponsabilização de trabalhadores-gestores-usuários nos processos de decisão, planejamento e avaliação), (Brasil, 2017).

Esse é o horizonte do Projeto de qualificação dos hospitais de ensino, aqui recortado como ponto de partida para o desenho de sua implementação. Nessa direção, o MS firma parceria com a Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG), que se responsabiliza pela sua execução, com o desafio de desdobramentos metodológicos coerentes com as inovações trazidas no Projeto.

DE COMO O PROJETO SE PROPÕE COMO FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO MEDIADO POR PROCESSOS AVALIATIVOS

Diferentemente dos modos tradicionais com que o Ministério da Saúde implementa projetos, habitualmente operados por meio 'portarias, prescrição de metas e incentivos financeiros', este é um projeto institucional do MS no qual a área técnica responsável – a Coordenação de Saúde das Mulheres (CGSM) – atenta-se em um novo modo de relação entre as instâncias participantes e contando

Nova Digital Prova Impressa

com uma instituição executora (UFMG) aberta a inovar na metodologia de implementação.

A CGSM/MS, a partir da atualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM, especialmente nas frentes de fomento à mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento, vem tomando como base os princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH) para inovar na estruturação metodológica de seus programas. Isso vem acontecendo nas frentes de qualificação de equipes e serviços, iniciando-se com um projeto de qualificação de maternidades em 2008, expandido em ações da Rede Cegonha a partir de 2011 (Brasil, 2014) e, em 2017, voltando-se para este Projeto abrangendo uma rede de hospitais de ensino em obstetrícia e neonatologia (Brasil, 2017). Como já dito, a perspectiva é a de potencializar o investimento em instituições com capacidade de impactar na formação e apoio à rede de serviços do SUS.

Nesse contexto, inovou-se no *rumo de investimentos*, não se reduzindo à tradição de portarias e recursos físico-financeiros, mas essencialmente na pactuação intergestores de um apoio metodológico para avaliar os processos instituídos nos serviços, corresponsabilizando-se (hospitais, instâncias locorregionais do SUS e MS) com mudanças ou aprimoramento de suas práticas de atenção, gestão e ensino. A inovação de parceria pode ser sintetizada nos principais pontos: ao invés de prescrição de metas externas como um padrão único para todos cumprirem e atrelando incentivos financeiros mediante prestação administrativa de contas, o Projeto (i) traz *diretrizes* e *objetivos* claros como *ofertas institucionais*, (ii) abre-se a um processo de livre adesão e *pactuação* de compromissos (com base nas diretrizes e na lógica de *corresponsabilização* entre os envolvidos, levando em conta os *possíveis* dentro das realidades singulares) e (iii) estabelece uma agenda de *apoio metodológico* aos serviços/equipes em suas práticas e processos de trabalho, (iv) com várias *ofertas no âmbito de tecnologias* leves (agendas de discussões técnico-organizativas, capacitações, protocolos e outros). Isso converge para um processo de *apoio institucional* guiado por instrumentos de *planificação e avaliação*, usados como *dispositivos de avaliação-intervenção no trabalho*. Esse é o caminho que se estabelece como aprendizagem e cons-

trução coletiva (do possível), envolvendo os atores em um novo modo de estar em relação de parceria, escapando da lógica de planejamento e avaliação verticalizados.

Neste texto apresenta-se o desenho proposto para se operar nesse caminho.

SOBRE O ARRANJO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (PM&A)

Tomando o Projeto em suas características de processo formativo e incorporando a *avaliação como nexo* desse processo (Santos Filho, 2010), sua sustentação foi proposta em um desenho articulando *planejamento, monitoramento e acompanhamento avaliativo*, operando com *instrumentos* característicos desses campos, mas compondo-se como dispositivos formativos e mediados pela atividade de *apoio institucional*. São esses elementos aqui em destaque que abordamos neste texto, indicando como se integram no caminho metodológico.

A articulação de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) no Projeto está embasada nas experimentações da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH) e aplicada nos programas relacionados à Rede Cegonha/MS (RC). Trata-se de uma articulação que se convencionou chamar de PM&A, compondo o *princípio de indissociabilidade* que a PNH explora em vários campos da saúde, demarcando que são indissociáveis atenção e gestão, clínica e política, formação e intervenção e assim também o planejar, fazer, acompanhar e avaliar, tudo isso posto no desafio da prática de apoio institucional como um novo modo de relação entre os sujeitos/instâncias envolvidas nas parcerias de trabalho. (Brasil, 2008, 2010, 2013, 2014; Campos, 2000; Pasche, Vilela, Martins, 2010; Santos Filho, 2010, 2014a, 2014b).

O Projeto traz esse princípio diretivo em sua base e abre-se para dois âmbitos especiais: (i) em sua questão de fundo, demarcar a indissociabilidade entre atenção, ensino e gestão e, (ii), em seu entorno, operar com as indissociabilidades do PM&A, em uma ação de acompanhamento avaliativo, permeado pela função apoio institucional em sua operacionalização.

Nova Digital Profissional Impress

REDE DE PM&A NO PROJETO: SERVINDO À ARTICULAÇÃO DO PROJETO E À INTERLOCUÇÃO COM OS SERVIÇOS

O exercício do PM&A tem a função ampliada de contribuir na estruturação, desenvolvimento e acompanhamento de todos os processos do Projeto, bem como da equipe executiva em seus processos de trabalho. Insere-se de modo transversal e incorpora a função de direcionamento do trabalho da equipe, na lógica do apoio institucional.

Essa definição de função aponta-se em duas direções indissociadas: perspectivando o PM&A como função estruturante-organizativa capaz de assegurar a implementação do Projeto, sendo assim uma função que se espalha pelo Projeto (não sendo só de um, mas atravessando todos os envolvidos e permeando todos os processos). E também contando-se com uma equipe específica a assumir a articulação e direcionamento do trabalho, cuidar da gestão dos instrumentos, das informações e das metodologias agregadas aos processos de análise e intervenção. Trata-se de operar com a inseparabilidade entre os atos de planejar-executar-avaliar e enfatizando a ideia de *acompanhamento avaliativo transversal* a todo o Projeto e seus processos.

Essa organização envolve: uma equipe de PM&A vinculada à coordenação geral e constituída para apoio direto aos processos e à equipe de condução do Projeto, composta por supervisores e apoiadores institucionais em campo; uma lógica de trabalho nos moldes de apoio institucional; e um instrumental que se agrega como metodologias, dispositivos e suporte aos processos internos e para a relação com os hospitais. Por instrumental compreende-se um sistema abrangendo todos os âmbitos de planificação e acompanhamento avaliativo e dispositivos para mediação dos processos e relações de trabalho em equipe (como por exemplo os roteiros de diagnóstico, de planos operativos, mapas de indicadores, normativas, notas técnicas, roteiros para relatórios, para análises, para registros de reuniões, encaminhamentos, etc., e os métodos de análise e intervenção no trabalho). A proposta é convergir um processo de *PM&A-Apoio*, explicitado nos tópicos seguintes.

A EQUIPE DE PM&A NA RELAÇÃO COM A EQUIPE AMPLIADA DO PROJETO

A equipe de PM&A está compreendida na coordenação geral do Projeto e em interlocução especial com os supervisores. Estes formam uma equipe ampliada com os apoiadores dos hospitais, responsáveis pela condução dos processos em campo.

Os supervisores (e seu conjunto de apoiadores) são distribuídos para cada região do país e suas relações de trabalho com o PM&A organizam-se nos seguintes rumos:

- Os supervisores têm a função de conduzir a implementação das ações nas regiões, coordenando um conjunto de apoiadores de campo, que ficam em contato direto com os hospitais.
- Para conduzir a implementação das ações os supervisores têm como referência o arranjo (e a equipe) de PM&A, compartilhando as formulações e desenvolvimento do trabalho.
- Na triangulação da relação Coordenação geral, PM&A e Supervisores, as deliberações e condução dos processos estão sob direção da Coordenação geral e contando com o PM&A (i) como coordenação técnico-metodológica e (ii) como mediadores do coletivo, em seu processo de grupalidade e nos moldes de apoio/supervisão institucional.
- A relação do PM&A com as supervisoras estende-se ou toma como foco todos os processos de trabalho desses atores estratégicos, que passam pelas interações com os apoiadores que estão em campo na interlocução direta com os hospitais.

Trata-se assim de uma função que ajuda a própria Coordenação e toda a equipe a ampliar as leituras (técnico-políticas) dos cenários, considerando as questões emergentes do trabalho. Como indicado nos Manuais do Projeto, o PM&A propõe operar com a função de chamar a equipe a *pôr em análise* os processos, relações e resultados do trabalho.

Nova Digital - Editora Impress

SOBRE A PACTUAÇÃO DESTE TIPO DE PM&A-APOIO

Vale alertar para a pactuação dessa função ampliada de PM&A, lembrando que se trata de função que se vai experimentando no próprio fazer, nas próprias relações, posta como desafio coletivo, num chamado de compartilhamento e solidariedade no trabalho, e não como *tarefa de propriedade de especialistas*. Por essa via, é importante compreender que, mais do que almejar um nivelamento linear de habilidades ou expertises, valoriza-se a capacidade de articulação, assim valorizando os saberes e acúmulos singulares de todos os envolvidos e principalmente a disponibilidade para se trazer à tona todos os elementos que interessem à construção da grupalidade, inclusive os incômodos e conflitos próprios a esses cenários de produção coletiva. É somente com essa compreensão e disposição que fazem (mais) sentido as ofertas metodológicas agregadas à lógica de PM&A-Apoio.

E mantendo coerência como desafio coletivo, cabe ao PM&A o alerta para validações coletivas de todos os processos, inclusive de sua própria função. Assim se inicia o Projeto com a validação de seus eixos referenciais, funcionando como *termo de referência* de relações e compromissos bem esclarecidos e pactuados entre os envolvidos (supervisores, apoiadores e hospitais), e constituindo-se como uma ação contínua de análises e ajustes. Isso vale tanto para as agendas da equipe de coordenação geral e supervisores, como para as agendas de rotina com os apoiadores em cada região.

Em momentos de avaliação específica desses processos com toda a rede de atores envolvidos (em rodas com coordenação, supervisores, apoiadores, reuniões com outros interlocutores, como o Ministério da Saúde), pautando suas percepções no caminho de condução do Projeto, vão sendo destacados os sinais de êxito da metodologia articulada no PM&A em sua capacidade de induzir e sustentar os processos/movimentos com ele propostos, e também considerando as limitações e desafios por serem melhor enfrentados, indicando fortalecimento e/ou correção de rumos.

Nova Digital | Prefeitura Impress

PM&A E PLATAFORMA COMUNICACIONAL

O Projeto conta com uma plataforma virtual, sendo recurso estratégico na viabilização das ações e dos movimentos interativos entre os envolvidos. Coloca-se como espaço em estreita articulação com o PM&A, operando-se em dois sentidos também indissociáveis: como lugar de manuseio dos instrumentos e na função de dispositivo a possibilitar a experimentação de um tipo de comunicação perpassada por orientações sobre o trabalho e de caráter formativo-interventivo.

Como exemplo ilustrativo: o ambiente da plataforma é onde a equipe do Projeto (coordenadores, referências do PM&A, supervisores, apoiadores e outros) pode dialogar (entre si e com o hospital) acerca da realização dos diagnósticos situacionais e dos planos de ação e análises em seu entorno. O diálogo abrange: orientações sobre o processo e uso dos instrumentos e, na sequência, em debates que ajudam a qualificar a sua realização, fazendo e orientando intervenções. Neste caso, a função PM&A é exercitada como dispositivo de intervenção com equipe e orientando sobre intervenções junto aos hospitais. Outras frentes onde a plataforma é usada como veículo formativo são as agendas de atividades nos moldes de educação à distância e de oficinas específicas em temas conexos ao Projeto, em interlocução com as equipes dos hospitais. Um outro exemplo de interação ampliada de PM&A na plataforma dá-se pela metodologia do PM&A como *acompanhamento avaliativo,* na qual toda a movimentação do Projeto pode ser vista e acompanhada por algum tipo de *indicador* (seja pelos indicadores clássicos ou sinais indicativos dos processos e efeitos). Nesse rumo, tanto a estruturação dos indicadores, a alimentação/registros e geração de relatórios, quanto as análises e usos das análises, envolvem todos os atores, sendo mediada pela plataforma e PM&A. Incluem-se também ferramentas mais ampliadas de acompanhamento e registros como diários de campo com atualizações mensais de agendas, ações, dados selecionados e outros.

ANÁLISE-INTERVENÇÃO NO TRABALHO À LUZ DO PM&A

Aqui vale breve lembrete sobre o conceito que articula *dispositivo-análise-intervenção,* apontando para *movimentos que levem à alteração dos processos/relações/pessoas*, isto é, que *ajudem a equipe a se rever em seu fazer (formando-se no próprio trabalho) e assim aumentando a sua capacidade de agir ou de estar na interação com a equipe do hospital, ajudando-a a criar condições* inclusive para *implementar algo* (transformando). O PM&A, neste caso, reforça a perspectiva de se instituir como *dispositivo de apoio* e atento à *produção de analisadores institucionais*, como potente recurso norteador de avaliação e intervenções na esfera das subjetividades que permeiam os processos e práticas organizativas do trabalho. Esse referencial parte de conceitos articulados no campo da análise institucional e saberes conexos (Lourau, 1995; Guattari, 20014), sustentando os *modos de fazer* que perpassam o agir *transversal* do PM&A (transversalidade que ganha ainda mais materialidade no marco lógico-avaliativo abordado adiante).

Supervisores e apoiadores têm destacado suas percepções de como isso tem sido experimentado, numa trajetória de desafios nos modos de aproximações com os serviços, de muitas 'resistências' sendo ressignificadas, de muitas brechas sendo abertas nos espaços e processos de trabalho e sobretudo de rumos de ampliação de conversas nos serviços/equipes.

PM&A COMO DISPOSITIVO DE ANÁLISE DO TRABALHO NO CAMPO OBSTETRICONEONATAL

Os três componentes estruturantes do Projeto – Atenção, Ensino e Gestão – abrem caminho para uma discussão essencial, qual seja, o *trabalho em saúde* no campo da obstetrícia e neonatologia. Neste caso, falar em *trabalho* é falar da *atividade* que é exercida pelos sujeitos envolvidos nesses campos de prática, atividade que não se restringe à execução de técnicas, procedimentos, protocolos nem de obediência restrita a regras e normas. É atividade envolvendo tudo isso, mas que se

Nova Digital Proibida Impress

faz num ato de criação e de singularidade, onde cada sujeito se coloca a partir de seus saberes, sua história, sua cultura e seus valores. Onde cada um 'dá de si' (e usa de si) para garantir que o trabalho se realize. Essa concepção de *trabalho* (Schwartz; Durrive, 2010), compreendido para além de uma *tarefa,* é algo que se opera cotidianamente. Mas é também algo que poucas vezes é objeto de discussão e de conversas no cotidiano dos serviços. Parece que se acredita trabalhar apenas seguindo-se uma racionalidade tecnocientífica e protocolar que, por um lado, seria o suficiente para o (bem) agir e, por outro lado, que se daria como racionalidade neutra dos valores que estão no entorno e do contexto da formação pela qual passam os estudantes/profissionais/trabalhadores. Mas, é preciso reconhecer, nenhum trabalho se faz na neutralidade, fora do contexto histórico de formação/aprendizagem e nenhum trabalho se realiza sem a marca que cada um nele imprime. É isso que garante não só a realização do trabalho para o outro (usuários), mas também o trabalho para a instituição (sua sustentação como projeto em uma determinada ética do cuidado) e para si próprio, como satisfação e realização profissional e pessoal.

Ao provocar a reflexão sobre o *trabalho* nos campos da obstetrícia e neonatologia, põe-se em relevo o quão necessária se faz tal discussão, considerando a complexidade própria a esses campos. Trata-se de um campo onde se cruzam múltiplos sujeitos de interesse e múltiplos valores perpassando o seu âmbito científico: envolve mulheres (e homens), família, profissionais e alunos (várias categorias, várias funções, diferentes cenários formativos, etc.), a organização/serviços (e seus múltiplos setores), os movimentos sociais, de gênero, a igreja e seus dogmas, o estado/governo e seus princípios impressos nas políticas públicas, etc. Por outro lado, como o trabalho na saúde em geral, este trabalho acontece em meio a vários tipos de transformações atuais no sistema produtivo e nos processos organizativos locais, com crescente incorporação tecnológica, expansão da farmacomedicalização, adoção de protocolos e normatizações para padronização da prática, muitas vezes enrijecendo a relação assistencial e com perda de autonomia dos próprios trabalhadores no exercício e controle de sua atividade.

Nesse complexo cenário, quais os desafios de se *trabalhar no cuidado*, de se *trabalhar na formação das pessoas (ensino)* e de se *trabalhar na sua gestão*? E como não fazer essa discussão do/no *trabalho*? Ou, quais as consequências de se restringir a discussão – sobre a formação, a gestão, o cuidado – apenas à habilitação (tecnoprática) para o exercício profissional?

Neste Projeto esses aspectos estão na base das problematizações necessárias. Propor o Projeto como um desafio (e uma ousadia) não poderia se restringir à prescrição (repetida) de uma carta de princípios, normas e de (bons) procedimentos, alheios ao contexto de múltiplos fatores envolvidos. Ao contrário, o contexto deve ser considerado o *ponto de partida*. Com isso, cabe o alerta em não se reduzir o contexto a um conjunto de problemas, mas como um cenário de complexidade a ser tomado como ponto de partida. Em termos organizativos, o Projeto guia-se por uma hierarquia de *diretrizes, dimensões e indicadores* (retomados adiante no marco lógico), mas remetendo essas categorias estruturantes de *planejamento e avaliação* ao horizonte ampliado do *trabalho*. Em outros termos, compreendendo que não bastaria se proceder a uma rigorosa avaliação centrada em indicadores descontextualizados do trabalho (das situações reais dos serviços e elementos que neles se cruzam). Por isso falamos dos *desafios da própria avaliação*, cuidando em que não traia os princípios para ela colocados.

Em termos do caminho metodológico, procura-se operar com a *avaliação como um movimento de análise coletiva* (se o trabalho é essencialmente para ser coletivo) e tomando-se os três grandes componentes do Projeto como campos analíticos, entendidos como indissociáveis, espelhando as complexas amplitudes do trabalho. Na perspectiva de uma *avaliação transversal,* são assim postos em interconexão:

- no campo da Gestão, o olhar avaliativo recai sobre a dinâmica dos trabalhadores na ótica do trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização da gestão no fomento à participação e protagonismo de todos que circulam no serviço nas esferas da assistência e da formação.
- no campo da Atenção, observam-se os modos de cuidado prevalentes nos serviços e avaliando as tendências de incor-

Nova Digital Produção Impress

poração das práticas recomendadas na relação serviço-mulheres-crianças (recém-nascidos).

- no campo do Ensino, atenta-se aos modos de formar adotados pela Instituição e sua função ampliada de promover qualificação profissional e integração ensino-serviço-pesquisa, tarefas especiais esperadas para esses hospitais na sua relação com o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, atentando-se especialmente ao potencial de formação profissional com base nas diretrizes de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento. E numa ética de ensino comprometida com a humanização, autonomia e o aporte de referenciais para a prática de trabalho em equipe multiprofissional.

Esse marco referencial é um guia para nortear todo o processo avaliativo do Projeto e permeia seus instrumentos de diagnóstico e planejamento. Serve a reflexões que vão além da busca (reduzida) de dados e dimensionamentos quantitativos. Ele compõe um processo cartográfico no sentido de um acompanhamento avaliativo coletivo e corresponsabilizado, induzindo-se (e acompanhando) as transformações que perpassam o trabalho e os sujeitos que o sustentam, em constantes (re)negociações (dos processos, ações, metas, etc.) entre os envolvidos. Isto (a negociação) é, aliás, a principal característica de modelos avaliativos que tomamos em nossas bases conceituais (Guba; Lincoln, 2011; Santos Filho, 2010).

A COGESTÃO COMO DIRETRIZ SUSTENTADORA DO PM&A-APOIO: FUNÇÃO ESPECIAL DO APOIADOR DO PROJETO E DO GEL (GRUPO ESTRATÉGICO LOCAL)

PM&A articulando Grupos Estratégicos Locais (Colegiados), lógica de cogestão e função de apoio

O componente de Gestão que aparece como um dos estruturantes do Projeto não vem no sentido de uma lógica de *administração* do servi-

Nova Digital Profissional Impress

ço. Ele comparece no sentido do *modelo de organização e condução do trabalho.* Comparece como desafio de se avançar na chamada gestão democrática, participativa e colegiada nos processos de trabalho, tomando como base a diretriz de *cogestão* (Brasil, 2009; Campos, 2000). E é nessa esteira que se faz a propositura de constituição de GELs – Grupos Estratégicos Locais – como forma de induzir que os serviços se (re)organizem ou se fortaleçam como equipes ou coletivos de gestão compartilhada. E, no horizonte avaliativo, compreendendo-se os GELs (e equipes que vão sendo ampliadas) como os principais *avaliadores-pesquisadores* do processo, analisando e intervindo em seu próprio trabalho.

A intenção não é somente a constituição de um grupo de referência para 'despachos sobre o Projeto'. Em uma perspectiva avaliativa, a proposta é que os serviços possam, por meio dos GELs, colocar em análise suas práticas e seus modos de organização do trabalho na atenção, gestão e ensino. E nessa lógica, disparar a *multiplicação* ou desdobramento de outros espaços coletivos descentralizados ao longo dos setores do serviço.

Nesse sentido, cabem questões que ajudam o GEL a se nortear em sua função, como por exemplo:

- a constituição do GEL se dá como efetiva articulação de representantes dos setores de trabalho (concepção de participação-inclusão-representatividade da comunidade hospitalar), fazendo integrar conversas, análises e decisões compartilhadas?
- O GEL traz para si o efetivo compromisso de capilarizar as discussões com a totalidade dos setores e trabalhadores do hospital, construindo agendas e estratégias para garantir a socialização e validação ampliada das análises e propostas?
- O GEL alinha-se aos espaços de gestão colegiada já existentes no serviço? Ou, em caso de não haver tais espaços na tradição do hospital, o GEL surge com o potencial de inaugurar a prática de gestão compartilhada, fomentando a constituição de colegiados/equipes em todos os setores, isto é, fomentando espaços e agendas de participação? (não se tratando somente da criação desses espaços, mas de funcionamento promovendo inclusão e articulação dos diferentes pontos de vista).

Nova Digital Prototipo Impress

- Indo um pouco mais: o GEL tem garantido a presença de estudantes/residentes, como oportunidade para ampliação de sua formação na perspectiva reflexiva sobre as práticas de cuidado e de gestão compartilhada?

Eis aí os desafios que permeiam todo o Projeto e todo o processo avaliativo, cuja tônica passa pela interrogação da capacidade institucional em se garantir e promover tais espaços, estratégias, oportunidades, etc.

Os movimentos realizados pelos GELs nas primeiras fases do Projeto podem ser expressos em duas direções:

- Nas agendas de oficinas do próprio GEL para sistematização das análises diagnósticas e planos de ação. Nesse caso destacam-se o esforço e o compromisso institucional com a mobilização de pessoas-chave para iniciar análises e disparar os processos pactuados no Projeto.
- Nos movimentos que os GELs vêm disparando nos serviços (e no entorno), ampliando e validando análises e propostas com os trabalhadores e assim legitimando o projeto desejado (e possível) para o hospital.

Vale destacar os *diagnósticos situacionais* (DS), *planos operativos* anuais (POA) e outros instrumentos, como *ferramentas* e *produtos estratégicos* assumidos pelos GELs. Primeiramente registra-se o empenho dos Grupos na interação com esses instrumentos-produtos, concluídos, em sua maioria, conforme as metas de prazos. Mais do que o cumprimento dessa meta, aqui ressaltam-se os sinais de êxito alcançado com o uso desses recursos como dispositivos efetivos de análise do trabalho. No desenho do Projeto propúnhamos que, para terem *valor de uso* e chance de se aplicarem efetivamente, precisavam (os instrumentos) induzir a corresponsabilização do conjunto de atores dos serviços (gestores e trabalhadores), promovendo-se aumento de participação nos processos de conversas e deliberações. A maior ou menor corresponsabilização viria no rastro da maior ou menor capacidade do GEL de mobilizações internas aos serviços, isto é, de

Nova Digital | Proibida Impressão

apoiar suas equipes. Esse desafio inerente ao GEL (de funcionar como articulador-mobilizador-apoiador) muitas vezes não se efetiva em sua dinâmica por dificuldades históricas de alguns serviços em fomentar a participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Nesses casos alertam-se os GELs para o seu desafio de buscar caminhos de mobilização das equipes e de gestores para garantir o estímulo e legitimação das propostas de interesse do serviço. Já é possível observar o esforço que tem sido feito, produzindo-se sinais que ajudam a pensar o que precisa ser (re)direcionado e fortalecido. De qualquer modo, reafirma-se: não se trata de esperar mudanças por meio de 'simples prescrições de condutas e estabelecimento de metas' nem de operar por convencimentos; trata-se de construir negociações e consensos, o que é possível somente quando se criam espaços/oportunidades sistemáticos para participação, condição que se entende inclusive como a principal para sustentar os processos após a finalização do Projeto.

PM&A articulando Apoiadores institucionais do Projeto, lógica de cogestão e função de apoio

Colocando em relevo o componente de Gestão e perspectivando-o na diretriz de cogestão, o objetivo do Projeto passa centralmente pela abertura ou ampliação de espaços de participação dos trabalhadores, isto é, pelo fomento à discussão das práticas (não uma simples *prescrição de boas práticas de atenção*), dos fatores nelas interferentes e mobilização coletiva para (re)direcionar o trabalho (nos âmbitos da atenção, ensino e gestão).

Esse objetivo, aparentemente *natural* ou *secundário* (ao de implementar/aprimorar as práticas de cuidado), deve ser visto como o principal desafio para o apoiador, isto é, sendo a base para o desenvolvimento da *atividade de apoio*. Para isso, há que construir entendimento sobre as *expectativas para o serviço/gestores/equipes* (desencadear movimentos para mudanças/aprimoramento dos processos e práticas) e *para o apoiador* (estar junto, com ofertas que ajudem as equipes a se mobilizar e se capacitar

Nova Digital Proibida Impressão

para isso – colocar coletivos em movimento!). Não é conveniente se confundirem as expectativas, sob o risco (muitas vezes vivido na relação de apoio) de o apoiador tomar para si a missão e (o)pressão de operar as mudanças que são de responsabilidade direta dos gestores/equipes dos serviços.

Em se compreendendo a função do apoiador, especialmente neste Projeto com focos bem definidos nos âmbitos político, técnico e num tempo limitado, evidentemente se compreendem as necessidades de sua qualificação para o trabalho, seu agir interventivo. E ao se perspectivar o Apoio na esteira do PM&A (e vice-versa) e no horizonte da cogestão, acredita-se em um duplo benefício ou facilitação. De início, pode-se lançar mão dos pactos prévios intergestores e dos instrumentos bem demarcados, a funcionar como direcionadores (não restringentes) das conversas e dos processos. Isso ajuda a ter uma base para ampliar os rumos/abordagens nos quais as pessoas que estão fazendo apoio em áreas técnicas específicas (no caso, em relação ao parto e nascimento) usualmente têm mais domínio e mais facilidade em puxar/induzir as conversas.

Por outro lado, é com essas mesmas bases (os instrumentos-guia) que se vai qualificando ou aprimorando-se no apoio, desde que não se prenda (junto com os GELs) à constatação e reverberação (ou isolamento) das situações/problemas apenas naquele *pequeno* núcleo de pessoas, concentrando-se ali as explicações, julgamentos, proposições, etc. Há que estar distanciado (o apoiador) para ajudar esse pequeno grupo (GEL ou outro) a se *desviar*, alertando-se que os trabalhadores espalhados no serviço provavelmente estejam sem acesso ao próprio *direito* de se ver criticamente nas situações/problemas, sem acesso a conversas sistemáticas sobre isso e, portanto, com poucas condições de partilhamento, reflexões coletivas, divergências, resistências, adesões, alianças, etc. Isso traduz fielmente nossa compreensão de se colocar *coletivos em movimento*, desafio essencial de um apoiador.

Se o apoio é realizado com esse rumo e distanciamento, as *ofertas* começam a aparecer conforme *o singular e o possível* para aquela realidade. Aqui não cabe aprofundar na esfera das ofertas (sempre amplas e ao mesmo tempo singulares), mas vale indicar

um desenho geral que o apoiador pode ter como referência para *produção de desvios*. Deve-se ter claro que para viabilizar mudanças institucionais, há que *insistir* (e repetir, repetir...) com os GELs sobre o caminho que articula (i) *espaços coletivos representativos dos gestores (o GEL por exemplo) e descentralizados (em todos os setores)*, (ii) clareza de *pautas de interesse* do serviço e das equipes (passando pelo diagnóstico, planos e qualquer tema de interesse), (iii) compromisso dos gestores em organizar os *espaços* e *agendas* para lidar com as pautas e, (iv) um *modo de discutir-conduzir* garantindo livre manifestação das pessoas, construção de confiança e corresponsabilização. Em tempo: a experiência mostra que está aí a dificuldade maior de se operar mudanças institucionais, questão que se relaciona com tradições de gestão centralizadoras, despreparo dos profissionais, interesses que estão em jogo na manutenção-transformação do *status quo* e também *inexperiência metodológica* de gestores/atores-chave para mobilizar equipes, atentar aos múltiplos interesses dos sujeitos e tendo a perspectiva da grupalidade no horizonte gestor. É neste campo que o apoio se propõe interferir, constituindo seu próprio terreno de ação.

Observe-se que o caminho/desenho geral aqui indicado retoma as questões avaliativas propostas para os GELs no início deste item e isso (as reflexões com tais questões) seja tarefa (protagonista) do apoiador. Quando os grupos (GELs) insistirem na repetição de suas dificuldades, há que desviar o foco para se recolocarem as provocações: foi levado para discussão em equipe, tem presença estratégica de atores-chave ajudando a garantir as discussões evitando inibição ou monopolização das participações, tem abrangido todas as equipes? Tem tido agenda regular para isso (evitando que fiquem momentos apenas pontuais)? Etc.

Para evitar o risco de engessamentos como de *obrigação de colegiados*, vale alertar que não é preciso (nem se pode) ser prescritivo ou impositivo com a obrigação de ter esses tipos de instâncias sem que funcionem efetivamente como dispositivos de participação-inclusão (das pessoas e dos assuntos de interesse). O que cabe no referencial da cogestão e na ação do apoiador é fazer entender que mudanças institucionais só acontecem quando são discutidas e signi-

ficadas no coletivo, passando pela *garantia de um fluxo de conversas em espaços e agendas sistemáticos e descentralizados.*

INTERFACE (CO)GESTÃO E ENSINO: ABRINDO CAMINHO PARA REPENSAR O TRABALHO DE FORMAR

No Projeto o olhar sobre o Ensino parte da *missão natural* desses hospitais em formar profissionais e ampliando essa função na esfera da integração ensino e serviço e da educação permanente. No Projeto busca-se valorizar as potencialidades dos hospitais nesta sua finalidade estratégica, contribuindo para a qualificação do trabalho e efetivando-se o princípio que postula o *SUS como ordenador da formação profissional*.

Nas dimensões avaliativas inseridas no diagnóstico e plano operativo enfatiza-se esse rumo de interesse ao propor análises sobre o modo como está estruturado o Ensino nesses hospitais, passando pelas suas articulações (inter)institucionais, objetos, amplitude temática e eixos de seus projetos político-pedagógicos. Em muitos casos, a discussão do Ensino não tem sido atualizada em agendas estratégicas desses hospitais, aliás, às vezes sem também haver articulações mais estreitas com as Instituições de Ensino/Escolas às quais estão ligados. Trazer o Ensino ao centro das agendas desses serviços não é somente repetir a importância dessa pauta, mas induzir que ela seja atualizada como discussão coletiva, envolvendo toda a comunidade que circula nesses hospitais, com oportunidades inclusive para discutir a formação com a participação de quem está sendo formado.

Mais uma vez reforça-se a expectativa de que o Projeto seja um *meio* para que estes hospitais coloquem o Ensino em análise, o GEL tendo papel essencial em induzir essa agenda. Ressalte-se que quando se coloca essa expectativa, o principal é contar com a expertise e colaboração desses próprios serviços (e das Instituições de Ensino a que estão ligados) para a sistematização, produção e indicação de rumos formativos nestes campos de saberes e práticas. De modo

especial, enfatiza-se o desafio de se potencializarem as experiências como produção de conhecimento sobre a própria política de formação e métodos afinados com as inovações desejadas.

BASES AMPLIADAS DE UM MARCO LÓGICO AVALIATIVO NO PROJETO

Feito o destaque do contexto que articula PM&A-Apoio e modelo de (co)gestão como base para se operar mudanças institucionais, e do *sentido dos GELs* nesse contexto, vale lembrar que isso se situa no horizonte mais amplo de induzir mudanças nos *processos de trabalho* e práticas de *ensino e cuidado*. Daí, se pensar a articulação dessas finalidades (mudanças indissociáveis esperadas com o Projeto) em um *marco lógico* que ajude a *articular os pontos de partida (de lacunas, desafios, objetivos e metas) e as dimensões de processos e efeitos esperados com intervenções.* Em linhas gerais esses são os elementos que se integram em um marco lógico e que propomos serem ampliados com os referenciais destacados como *modo de fazer.* Nesse sentido, os tópicos seguintes vão se desdobrando para melhor compreensão dos pontos de partida e dos focos do caminho metodológico.

PARA COMPREENDER AS SINGULARIDADES DO PROJETO NO CAMPO AVALIATIVO

O Projeto foi proposto para uma parceria interinstitucional (MS, hospitais e instâncias gestoras locorregionais do SUS) como uma iniciativa a contribuir com interferências para mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento nos rumos indicados pelo SUS.

Para seguir no desenho de operacionalização desse propósito, o quadro seguinte traz *enquadramentos metodológicos* que ajudam a contextualizar o Projeto no campo avaliativo e sintetizando os processos e produtos em seu entorno.

Nova Digital Proibida Impress

<table>
<tr><th>Enquadramentos metodológicos</th><th>Processos e produtos associados</th></tr>
<tr><td>Sobre o rumo de desenvolvimento do Projeto

Num caráter lato senso pode-se compreender que o Projeto se desenvolve no rumo de pesquisa-intervenção, com as seguintes características nesse caminho:
• Conhecer-transformar: trata-se de uma aproximação às realidades (serviços), tendo como premissa e finalidade o seu conhecimento comprometido com transformação, envolvendo os sujeitos no processo.
• Não neutralidade: equipe envolvida (implicada) com o objeto-objetivo-mudança, isto é, sujeitos na condução não se inserem de modo externo com suposto (e ilusório) olhar neutro sobre o objeto de ação, nem esperando que os atores dos serviços também tenham inserção neutra.
• Acompanhamento cartográfico, desvelando os movimentos e transformações no percurso de (simultânea) avaliação e intervenção (e não se operando apenas executando regras e ações predefinidas).</td><td>– Desenvolvimento de ações do Projeto, nos hospitais, etc.
– Desenvolvimento da atividade de apoio ao Projeto, às ações, etc.
– Monitoramento com foco em:
• Projeto
• Ações
• Práticas

– Relatórios de monitoramento e avaliação (servindo inclusive como relatórios de gestão), com os seguintes focos:
• Cumprimento de ações
• Comparações de situações iniciais e situações alcançadas (ilustrando-se com movimentos desencadeados e indicadores relevantes).
• Análises descritivas com destaque dos processos e movimentos e indicativos de avanços, fatores interferentes, etc., sinalizando com o que se considera mudanças e transformações desencadeadas (e demarcando rumos a serem melhor explorados).

– Análises coletivas ampliadas do trabalho, em caráter transversal (a todos os processos listados acima) e em momentos específicos, operando com analisadores de realidade.</td></tr>
<tr><td>Sobre a perspectiva avaliativa contemplada neste caráter de pesquisa-intervenção

Articula elementos da avaliação formativo-participativa (base no construtivismo) e enfatizando o caráter inclusivo (base na avaliação transversal-humanização), com as seguintes características nesse caminho:
• Ênfase em caráter participativo-inclusivo por chamar os sujeitos à coautoria de todo o processo (inclusive na construção e seleção dos elementos de interesse avaliativo).
• Caráter emancipatório: caminho e instrumentos avaliativos que possibilitam não simples diagnósticos, mas análises e apropriação da realidade (despertando para nela intervir) e apropriação dos próprios métodos de análise.
• Produzindo elementos/subsídios para ajustamentos no próprio percurso das ações e da avaliação.
• Avaliação comprometida com transformação.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Observação
Esses rumos metodológicos (com processos e produtos associados) podem (também) subsidiar a ampliação ou direcionamento de pesquisas avaliativas estrito senso (quantitativas e qualitativas), assentadas nos referenciais indicados e possibilitando melhor explorar as relações entre os processos e resultados que se cruzam no Projeto.</td></tr>
</table>

Fonte: adaptado de Santos Filho, 2014b.

Nova Digital - Proibida Impressão

O sentido do PM&A-Apoio nesse campo avaliativo (e na relação com os desafios de mudanças esperadas)

Se o Projeto aposta em uma *inovação de práticas*, o PM&A também se desafia a uma *inovação no modo de avaliar e planejar* para implementar os processos e práticas.

Nessa direção, busca superar a tradição de separação entre os âmbitos do planejar, executar e avaliar, a restrição da perspectiva instrumental operada por instrumentos duros de definição de metas e de aferição de seu cumprimento, e a prática avaliativa como olhar externo, supostamente neutro, fiscalizatório e restrito aos focos de desempenho e produtividade.

Retomando-se o quadro anterior, vai em um caminho que se articula como:

- um referencial avaliativo-investigativo capaz de produzir conhecimento coletivo sobre o próprio trabalho, sobre as situações atuais (avanços e lacunas), sobre iniciativas em andamento, sobre o que pode ser feito, gerando deslocamentos dos sujeitos em relação a suas inserções no trabalho e seus pontos de vista, e no rumo de pesquisa-intervenção.
- uma prática de apoio e avaliação participativa, como análise coletiva do trabalho, produzindo-se analisadores da realidade que ajudam na (indissociável) construção coletiva de intervenções.
- uma prática perpassada por análise-intervenção, fomentando e fortalecendo a participação dos sujeitos em todos os processos (de recortes de objetos, definição de metas, indicadores, etc.).
- um meio de disparar negociações e pactuações (intergestores interinstitucionais, entre gestores e equipes, entre os profissionais das equipes), operando-se como um processo de contratualização.

Nova Digital Profissional Impress

Enfatizando a interface PM&A-Apoio na relação com os hospitais

Vale ressaltar que os apoiadores institucionais locais do Projeto assumem tarefa estratégica na operacionalização desse referencial de PM&A ou desse *modo de fazer*. Sua *atividade de trabalho* começa a se desenhar nos momentos iniciais com os GELs, onde se pactua a agenda de interlocuções pertinentes (agendas a serem continuadas em momentos presenciais e via plataforma virtual).

A *atividade/oferta de apoio* passa pelos seguintes focos:

- Diálogo sobre os roteiros diagnóstico e de plano operativo, conteúdos e produtos.
- Diálogo sobre os modos de conduzir as análises situacionais e os planos operativos, por meio de rodas de conversa avaliativas e de construções/pactuações coletivas (valorizando a escuta dos diferentes pontos de vista, sobre os fatores influentes e a produção de consensos sobre a situação atual, situação desejada e metas).
- Diálogo sobre análise coletiva de viabilidade de enfrentamento dos problemas priorizados (articulando-se análises envolvendo aspectos políticos e técnicos).
- Articulação das ofertas do Projeto, partindo das ofertas gerais e das necessidades/demandas específicas locais (diferentes tipos de agendas, com focos nos temas de interesse nos campos da atenção, ensino e gestão).

INSTRUMENTOS ARTICULADORES DE PM&A

Aqui estão destacados quatro documentos centrais, mostrados em sua estrutura básica: matriz estruturante do Projeto, Diagnóstico situacional (DS), Plano operativo anual (POA) e Painel de Indicadores Estratégicos (PIE). Os documentos completos estão disponíveis para consulta.

Nova Digital Editorial Impress

Matriz estruturante do Projeto

Matriz onde consta a hierarquia organizativa articulando os âmbitos de *resultados, produtos, metas de produtos e indicadores.* Essa matriz encontra-se no documento-base do PM&A (Manual de Apoio do Projeto), cuja estrutura está adaptada a seguir.

Resultados (em cada componente)	Âmbitos de indicadores	Produtos	Metas de produtos

Os outros três documentos derivam dessa matriz-base e compõem os instrumentos articuladores das dimensões de planejamento, monitoramento e avaliação. São eles o Diagnóstico Situacional (DS), o Plano Operativo Anual (POA) e o Painel de Indicadores Estratégicos (PIE).

Os modelos desses instrumentos estão reproduzidos a seguir para o devido conhecimento de como se estruturam e como abrigam os conteúdos de interesse, lembrando que se trata de um *âmbito de prescrito pertinente*, em se tratando dos objetos, finalidades e ofertas que o Projeto traz, com o cuidado de se pactuar clara e previamente com os parceiros que *topam entrar na parceria*. Esse é um importante ponto de destaque, lembrando que se trata de um Projeto voltado ao (potente) universo de hospitais de ensino do país, mas com livre escolha de adesão para participação.

Diagnóstico Situacional (DS)

O roteiro do DS está estruturado em matrizes contemplando as seguintes categorias operacionais:

Nova Digital – Prototipia Impress

Componente (Atenção, Gestão, Ensino)		
Diretriz		
Dimensão	**Itens avaliativos**	**Situação Atual - Escala (*):** (1) inexistente – (2) incipiente – (3) intermediário – (4) avançado
Classificação considerando o todo da dimensão (nota baseada na escala acima, que melhor represente a situação global na dimensão)		
Observações relativas à situação atual		
Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço		

Fonte: documentos institucionais do Projeto

(*) Escala avaliativa da situação atual:

(1) Inexistente, devendo ser implementado

(2) Incipiente, exigindo muito esforço para aprimorar

(3) Intermediário, exigindo pouco esforço para aprimorar

(4) Avançado, não necessitando incluir como prioridade para aprimorar

Plano Operativo Anual (POA)

No POA resgatam-se e desdobram-se as categorias trabalhadas no DS, conforme a estrutura seguinte.

Resultado esperado (no Componente)		
Diretriz		
Dimensão	**Situação atual** (nota procedente do DS)	**Meta geral associada à dimensão** (meta geral indicada pelo Projeto equivalente à imagem-objetivo)

Fonte: documentos institucionais do Projeto

Programação local com base na meta geral e na realidade singular do hospital					
indicadores (associados à meta geral)			**Ações**	**Prazos**	**Responsáveis**
Indicador	**Linha de base**	**Meta local**			

Fonte: documentos institucionais do Projeto

Nova Digital - Proibida Impressão

Painel de Indicadores Estratégicos (PIE)

Painel com indicadores propostos pelo Projeto, como oferta de um conjunto de situações a serem acompanhadas, refletindo os horizontes do Projeto e como convocação/oferta de uma sistemática de uso de indicadores no cotidiano do serviço. Somam 24 indicadores relacionados ao componente de Atenção.

A ficha técnica para nortear o uso dos indicadores contempla as seguintes categorias:

Indicador (e sua definição)	Cálculo	Fonte	Parâmetro	Interpretação e usos do indicador	Limitações do indicador

Observações

- Os instrumentos articulam categorias que permitem ao Projeto e aos serviços se guiarem em processos diagnósticos, programáticos e de monitoramento. Observados com atenção, pode-se constatar os claros pontos de conexão entre eles, cuidando-se para demarcar a lógica de inseparabilidade entre os próprios instrumentos de PM&A.
- Os referenciais de PM&A-Apoio expostos neste texto enfatizam e alertam sobre *um modo de uso* desses instrumentos, aqui não cabendo o detalhamento das orientações metodológicas, mas lembrando de seu uso ampliado como *analisadores institucionais*.
- De modo especial, devem ser úteis para suscitar e ampliar análises coletivas e isso se fazendo em movimentos de ida e vinda aos instrumentos e seus itens e, principalmente, indo e vindo com as equipes do serviço.

Nova Digital – Produção Impressa

DESENHO DE ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO TRANSVERSAL

A proposta de um *desenho avaliativo de referência* serve ao que nomeamos como *acompanhamento avaliativo*, no sentido de ser posto a funcionar (o Projeto e a Avaliação) numa dinâmica de intervenção-análise-produção e apropriação de conhecimento sobre a realidade, ao mesmo tempo transformando-a (e o agir avaliativo permeando esse caminho, possibilitando *nexos* e ajustes de rumos) (Santos Filho, 2010).

Nesse sentido, trata-se a articulação de referenciais analíticos para ir fazendo o acompanhamento, guiando o olhar de monitoramento (verificando o cumprimento dos previstos, das intenções, dos esperados, etc.) e indo além com a indução e captação de situações não previstas. E, além disso, induzindo a ampliação de olhar avaliativo acerca das relações entre movimentos, processos e efeitos.

Obviamente, tomam-se como base os instrumentos estruturantes (mencionados anteriormente), pondo em análise as condições de efetivação do que propõem, alargando o olhar sobre isso e, por outro lado, subsidia (o desenho referencial) avaliações mais direcionadas nos moldes de *pesquisas avaliativas* capazes de melhor demarcar as relações entre processos, efeitos, fatores interferentes e o rumo efetivo das transformações operadas (Santos Filho, 2014b).

O desenho seguinte traz o modelo de *acompanhamento avaliativo transversal*, articulando três dimensões analíticas.

Nova Digital Prototipia Impress

Desenho de acompanhamento avaliativo transversal no Projeto em três dimensões indissociáveis de análise		
Dimensão 1	**Dimensão 2**	**Dimensão 3**
O Projeto e sua dinâmica: estrutura, conteúdos e estratégias político-metodológicas	**Os serviços/sujeitos/coletivos e sua dinâmica:** os sujeitos no contexto do processo de trabalho (na atenção-gestão-formação).	**Os serviços e a dinâmica de prestação do cuidado aos usuários:** os rumos das práticas de cuidado
Dimensões/Focos de processos e efeitos		
Organização/arranjos, articulação das ações, recursos, etc. (Aspectos relacionados à implementação do Projeto, suas prescrições, ofertas e ajustes nas ofertas e nos modos de fazer – âmbitos das intervenções)	Aspectos que informam sobre inserção-inclusão dos trabalhadores; articulação/produção de práticas de integração (trabalho-formação) Autonomia, Protagonismo (como sujeitos, coletivos) Pode-se ilustrar com os seguintes eixos de avaliação: • Oportunidade de articulação de saberes, do conhecimento prático, dos objetos, dos processos, práticas e relações de trabalho • articulação/produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais • articulação/produção de estratégias de renovação de sua atuação, do funcionamento como equipe, na relação entre pares e com a hierarquia de gestão • articulação de interesses para construção/invenção de projetos comuns e construção de redes Aqui se destaca o GEL de cada hospital a ser avaliado como instância/espaço coletivo em sua perspectiva de articulação dos focos mencionados nesta dimensão.	Repercussões nos tipos de práticas de atenção incorporadas na dinâmica dos serviços na relação com os usuários

Fonte: Adaptado de Santos Filho, 2010, 2014.

No desenho demarcam-se os âmbitos (*dimensões*) que compõem o horizonte do Projeto, desdobrando-se em focos de *processos* e *efeitos*, que se abrem para indicar os movimentos e situações produzidas/alcançadas em seu desenvolvimento. Desdobram-se, portanto, em *indicadores ampliados* de tais situações (movimentos, processos, efeitos). Vale lembrar as singularidades mencionadas anteriormente, alertando-se que o campo de indicadores assume

amplitude maior que nas lógicas tradicionais, isto é, aqui abrangendo tanto aqueles que refletem as metas previstas (programadas) como também induzindo-se uma necessária abertura à captação das situações que se inventam e emergem no próprio processo, nas diferentes realidades e suas movimentações (como por exemplo as várias inovações de práticas ou modos que os hospitais inventam para ofertá-las, e mesmo as iniciativas inovadas que inventam para mobilizar equipes e viabilizar a implementação de ações, que antes não eram viáveis). São, portanto, indicativos ou sinalizadores dos processos e efeitos.

Em síntese, o desenho referencial ajuda a ampliar o processo avaliativo propondo que, para além do *prescrito* a ser monitorado e explorado quanto a efetivação de suas potencialidades, o acompanhamento avaliativo se faça desvelando realidades, antenado às invenções próprias ao mundo do trabalho (e dos coletivos), ajudando a visibilizar ações, processos e efeitos que se vão produzindo no percurso de implementação-avaliação do Projeto (aproximando-se do referencial da pesquisa-intervenção).

CONCLUSÃO: ENFATIZANDO O CARÁTER DE FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO MEDIADO POR PROCESSOS AVALIATIVOS

Observe-se que o desenho de acompanhamento avaliativo *abre caminhos* no rumo de análise-intervenção no trabalho. Observe-se também que ele canaliza ou traz para dentro todos os âmbitos de questões metodológicas tecidas neste texto, abrangendo os focos de interesse no *agir apoio* e *agir avaliativo.* Ao se estar nesse processo *fazendo emergir a realidade do trabalho* (as situações encontradas e suas transformações), está-se operando com a lógica da formação e aprendizagens coletivas, assim confirmando a premissa de que esses processos são indissociáveis. Pela dimensão 1 provoca-se análise a vislumbrar o aprendizado sobre a própria capacidade (do Projeto e sua equipe de condução) de implementar a sua proposta nas bases intencionadas, de se implementar com as inovações pro-

Nova Digital | Propriedade Impress

postas, atentando-se à distância entre *intenção e gesto*. Ou seja, a avaliação ajudando a verificar se tais intenções se efetivam na prática, sinalizando com o grau de efetivação e de aprendizagens nos rumos propostos. Por essa dimensão desvelam-se e captam-se sinais de como o Projeto/sua equipe de condução cuida com as ofertas, os tipos de intervenções, sua capacidade de operar *regulações* entre o *prescrito e o real*, enfim, o *modo de fazer*.

Pela dimensão 2 a avaliação cumpre com a função de explorar os deslocamentos que se operam nos sujeitos na sua relação com o trabalho, seus modos de se inserir, o grau de crescimento nas capacidades de análise e intervenção, ou seja, as mudanças em sua condição de autonomia e protagonismo ou nos modos de estar em trabalho como sujeitos e coletivos, como trabalho em equipe, construção de projetos comuns, etc. Em sendo uma mudança indissociável dos modos de cuidar do outro (usuários), pela dimensão 3 avalia-se como isso se expressa nos tipos de práticas de atenção apre(e)ndidas e incorporadas na dinâmica dos serviços na relação com os usuários.

Os três âmbitos/dimensões convergem para avaliações do potencial de efetivação das mudanças esperadas, na relação com os modos de fazer. E nessa direção afirma-se, ou confirma-se, pela lógica avaliativa, a indissociabilidade entre mudanças esperadas na organização e gestão do trabalho e mudanças perspectivadas para os usuários, assim convergindo para contribuir com a mudança de paradigma nesse campo de saberes e práticas.

REFERÊNCIAS

Andrade, MAC; Lima, JBMC. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Cadernos HumanizaSUS, volume IV: humanização do parto e nascimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília/Ceará: Editora do Ministério da Saúde/Universidade Federal do Ceará, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Nova Digital - Proibida Impress

Brasil. Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia para Apoio Institucional à implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humanizasus. V.4.: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. 2009; 19(2): 313-326.

Guba, E.G.; Lincoln, Y.S. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

Guattari, F. Psicanálise e transversalidade. Aparecida, SP: Ideias e Letras; 2004.

Leal, MC; Gama, SGN. Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.30 supl. 1. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014.

Lourau, R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995

Pasche, D.F.; Vilela, M.E. de A.; Martins, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117,2010.

Santos Filho, S.B. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2010.

Santos Filho, S.B. Monitoramento e avaliação como prática transversal na Rede Cegonha: construção de um processo articulando monitoramento e apoio institucional. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humanizasus. V.4.: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

Santos Filho, S.B. Pesquisa em humanização: articulações metodológicas com o campo da avaliação. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change. v.5, n.2, p.1-10, 2014b. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Schwartz, Y.; Durrive, L. Trabalho e Ergologia. UFF, 2010.

Nova Digital | Proibida Impressão

Versão Digital – Proibida Impressão

Parte 7

Projetos de intervenção nos cursos: dando visibilidade às mobilizações nos serviços

ova Digital - Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

1

Projetos de intervenção nos cursos de especialização: aprendizagens e potência de mobilizações nos serviços

Serafim Barbosa Santos Filho, Kleyde Ventura de Souza, Luiz Paulo Souza e Souza e Juliana Barony

CONTEXTUALIZAÇÃO: DANDO VISIBILIDADE ÀS MOBILIZAÇÕES NOS SERVIÇOS

A proposta de finalizar este livro apresentando o resumo de projetos desenvolvidos pelos alunos-trabalhadores com os serviços cumpre essencialmente com a perspectiva de dar visibilidade aos *movimentos que expressam intervenções*. Aqui não se trata de dizer de pura implementação de ações, mas de ilustrar os movimentos que as perpassam ou que com elas são disparados. Põem-se em foco os movimentos e iniciativas dos alunos-trabalhadores expressando seu protagonismo na qualificação das práticas e na organização do serviço, compreendendo-se como se dá, no concreto do trabalho, a articulação entre ensino-aprendizagem-transformação da realidade, dimensões tidas como inseparáveis nos processos de formação-intervenção.

Por outro lado, os projetos-movimentos ilustram não somente a amplitude de ações/estratégias, mas também deixando ver sua distribuição geográfica (espalhadas ao longo das regiões do país)[1], a

[1] Os projetos aqui reunidos ilustram boa parte das regiões do país, mas sem o compromisso de serem representativos de todas as regiões, porque o principal critério foi o de recebimento dos trabalhos (a partir de convite a todos os coordenadores de cursos-alunos) em tempo hábil para viabilizar as revisões e publicação do livro.

Nova Digital – Prohibida Impressão

abrangência de diferentes serviços e suas vinculações a diferentes instâncias do SUS, de diferentes níveis de complexidade, diferentes estruturas-portes, em territórios que vão desde pequenos municípios até regiões metropolitanas, englobando desde pequenas unidades-maternidades com ações concentradas na assistência básica e voltadas para populações mais localizadas, até grandes hospitais universitários com missões mais amplas de assistência, ensino e pesquisa e de referência para múltiplas populações. Nessa extensividade vislumbra-se seu potencial de ampliação de redes, como iniciativas em expansão ordenada e desordenadamente.

Deslanchados nesse amplo cenário, os projetos aqui devem ser vistos com ênfase no que os perpassa, isto é, tratando-se de movimentos disparados nos locais de trabalho, tensionando os modos estabelecidos de funcionar, cavando meios para se fazerem, nem sempre (ou quase nunca) porque já existiam climas favoráveis e parcerias pré-estabelecidas, mas cavando parcerias e espaços para se instituírem, acionando coletivos e construindo forças.

Outro ponto a enfatizar: o caráter operacional, sem a aridez típica do pragmatismo assistencialista e/ou gerencialista, mas, sim, reforçando, uma prática caracterizada por mobilizações coletivas capazes de alterar as realidades de trabalho.

Também não se encaixam como estudos ou trabalhos de conclusão de curso descolados de ações aplicadas.

A perspectiva de qualificação de equipes para qualificação das práticas (multiplicação de iniciativas locais nessa direção) está direta ou indiretamente presente em todos os projetos e isso fortalece o caminho de inserção no trabalho/espaços assistenciais. Portanto, há que valorizar tais iniciativas e sempre lembrando que devem vir associadas à discussão da organização do trabalho e em rumo formativo, caminho que amplia os horizontes de inserção e de efetivo trabalho em equipe.

É com esses focos que se convida à leitura dos resumos a seguir.

Nova Digital Proibida Impressão

RESUMOS DE PROJETOS/PLANOS DE INTERVENÇÃO

Implantação do protocolo de assistência ao parto e nascimento: primeiro passo para qualificação do cuidado em Hospital Municipal de Coluna/MG

Karen de Almeida Barroso, Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes e Carla Lima Ribeiro

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Hospital Municipal Agostinha Alcântara Aguiar

Resumo

Os protocolos clínicos são documentos dirigidos aos profissionais de saúde que visam à garantia de cuidado baseado em evidências científicas e podem ser utilizados como material educativo, auxílio administrativo aos gestores, parâmetro de práticas assistenciais e como documentos de garantia de direitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos recentes apontam que instituições que utilizam protocolos clínicos de assistência ao parto, principalmente nas gestações de alto risco, como orientadores de condutas, apresentam menores taxas de cesarianas e intervenções desnecessárias. Este projeto teve como objetivo implantar o Protocolo de Assistência ao Parto e Nascimento no Hospital Municipal Agostinha Alcântara Aguiar, como estratégia de qualificar o atendimento às gestantes que dão entrada na Maternidade. Trata-se de um hospital de pequeno porte, de 38 leitos, no município de Coluna, Minas Gerais. No desenvolvimento do projeto foram buscadas articulações entre setores e pessoas estratégicas do serviço, entre elas profissionais da Secretaria de Saúde, diretores técnico e administrativo do hospital, bem como as equipes médica e de enfermagem, além de escuta das mulheres e seus recém-nascidos atendidos na instituição. As etapas abrangeram os seguintes passos: realização de revisão bibliográfica para embasamento científico; leitura de protocolos de assistência ao parto e nascimento de instituições de referência; apresentação do projeto para os gestores da instituição; apresentação do projeto para as equipes médica e de Enfermagem; elaboração do protocolo de assistência ao parto e nascimento atendendo à realidade do hospital local, considerando os recursos humanos, materiais e insumos disponíveis; validação do protocolo por toda a equipe que atua na assistência ao parto; capacitação para todos os funcionários que lidam diretamente com o pro-

Versão Digital - Proibido Impressão

tocolo. A avaliação da proposta tem sido feita de forma contínua, através de rodas de conversa com os funcionários e observação direta da assistência. Destacam-se os seguintes resultados já alcançados: implantação do partograma; implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV; utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (chuveiro, massagem, bola); dieta branda e líquida liberadas durante o trabalho de parto; presença de acompanhante durante o parto; contato pele a pele; primeiros cuidados com RN após uma hora de vida e banho após 24 horas; criação de folder com orientações para as gestantes; maior abertura dos médicos para discussão de condutas; avaliação no pós parto imediato das puérperas; entrega de folha com orientações sobre os cuidados no pós-parto normal e cesáreo no momento da alta hospitalar; redução do uso indiscriminado de fórmula; estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Esse conjunto de ações/estratégias/procedimentos ilustra a amplitude dos movimentos disparados no hospital, envolvendo mudanças na organização do trabalho e nas práticas profissionais. E resulta na adoção de boas práticas de cuidado, uso de tecnologias leves e mudanças de processos e atitudes. Isso só foi possível pelo trabalho conjunto dentro do serviço. As ações também sustentam o objetivo da formação no trabalho como intervenção no cuidado e assistência às mulheres e seus bebês.

Tecnologias de enfermagem para o manejo da hemorragia pós-parto em maternidade pública de Porto Velho/RO

Isabele De Mendonça Castelo e Kátia Fernanda Alves Moreira
Universidade Federal De Rondônia, Maternidade Municipal Mãe Esperança

Resumo

A hemorragia pós-parto é a segunda causa de mortes maternas em nível global, importante principalmente em países de baixa renda. É considerada uma situação passível de evitabilidade por meio de políticas públicas e estratégias de combate e prevenção. Por ser considerada uma importante causa de morte e morbidade materna, necessitam-se de ações de enfrentamento para prevenir e minimizar seus danos. Nesse sentido, propusemos medidas para prevenção, identificação e manejo da hemorragia pós-parto na sala de parto da Maternidade Municipal Mãe Esperança

Nova Digital Editorial Impress

no município de Porto Velho/RO. Público-alvo: enfermeiros que atuam no cenário de parto da Maternidade. Objetivos, ações e produtos contemplados na proposta: construção de um protocolo operacional para abordagem da hemorragia pós-parto pelos enfermeiros que atuam na sala de parto, com o intuito de melhorar a qualidade assistencial ali oferecida e promover a autonomia desses profissionais na prevenção e controle das hemorragias. Para isso, em um primeiro momento apresentou-se a estrutura da proposta para a direção e gerência da maternidade, que apoiaram e aprovaram a proposta e a estratégia de inserir a hemorragia pós-parto como indicador de qualidade da assistência. A partir daí, foram organizadas rodas de conversa com os profissionais, apresentando-se a proposta/plano de intervenção para os enfermeiros e os outros profissionais da Maternidade, e desencadeando conversas para sensibilização acerca da problemática. A partir desses encontros foi possível levantar as principais limitações e dificuldades que os profissionais identificavam no processo de trabalho, utilizando-se de uma árvore de problemas. Essas atividades contribuíram para a produção de um protocolo assistencial preliminar. Entretanto, em meio ao desenvolvimento do plano, ocorreram mudanças administrativas que inviabilizaram, por um período, a continuidade das discussões e implementação dos processos/ações (e protocolo). Mais adiante, a partir de reunião com nova gestão programou-se uma agenda de continuidade das discussões e cursos acerca da hemorragia pós-parto, contando com o apoio do Núcleo de Educação Permanente e respaldo do Ministério Público. Com a retomada das atividades, espera-se seguir na construção do protocolo assistencial e demais ações associadas para qualificação da assistência. O destaque dessas atividades ilustra os desafios de mobilização do serviço, envolvendo vários momentos de negociações e movimentos para sensibilização e envolvimento dos gestores e equipes, daí a importância de se considerar tais movimentos como condições essenciais para viabilizar mudanças de interesse institucional. E lembrando a importância da enfermagem com papel ativo nessas mobilizações.

Nova Digital Educação Impress

Implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia em hospital de Castanhal/PA

Marcos Lá Roque da Costa Filho e Ana Paula Gonçalves
Universidade Federal do Pará, Hospital Francisco Magalhães

Resumo

O acolhimento com classificação de risco significa uma mudança na organização do processo de trabalho e uma nova diretriz para o serviço, além de uma postura diferenciada do profissional de saúde frente ao usuário, uma vez que se configura como um dispositivo para garantia de acesso, priorizando o atendimento segundo a necessidade de saúde, gravidade e risco do usuário. No contexto da obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, e ainda se depara com grandes desafios em sua implantação. Este trabalho teve como objetivo implantar o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia no Hospital Francisco Magalhães em Castanhal/PA. Para isso, baseou-se nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS), trazidas especialmente com a Rede Cegonha. Trata-se de uma intervenção que propõe alterações nos processos de trabalho das equipes, por isso sendo essencial assegurar um processo participativo, de construção coletiva**,** neste caso envolvendo principalmente a equipe da porta de entrada do hospital. Esse processo constituiu-se como estratégia fundamental para operar mudanças no modo de organizar o serviço. Em um primeiro momento, a proposta foi apresentada e validada pela Direção do Hospital, Coordenação de Enfermagem e Direção Clínica. Após a apresentação e conversas de aprovação/pactuação, realizou-se o convite para participação de toda equipe multiprofissional. Realizaram-se duas rodas de conversa, garantindo ampla participação, começando com a apresentação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia do MS. Apesar de se tratar de uma atividade a ser desenvolvida pela Enfermagem, entende-se que os demais profissionais devem estar envolvidos, daí as rodas de conversa incluírem recepcionistas, maqueiros, técnicos de enfermagem e médicos, entre outros. Para subsidiar as discussões também foram construídos materiais didáticos e de divulgação. No esforço de viabilização das discussões e resultados esperados,

Nova Digital Impressão

estão sendo realizadas abordagens individuais com os obstetras e desdobramentos de oficinas de implantação dessa estratégia, discutindo-se avanços para o serviço, não no sentido de indicar uma padronização para "a rede", mas principalmente como um guia para subsidiar discussões e ajustes locais, compatíveis com a realidade do serviço.

Capacitação do enfermeiro para a implantação das boas práticas em maternidade pública de Manaus/AM

Marcela Klícia Ferreira de Brito Gonçalves e Arienete Véras Fontes Esteves
Universidade Federal do Amazonas

Resumo

O processo gestacional entre os humanos constitui-se em um evento social, familiar e transforma-se em um momento de muita importância na vida da mulher e de seu companheiro. Entretanto, a qualidade da atenção obstétrica se mantém como um ponto crítico da assistência nos serviços de saúde. A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde (MS) que busca implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Entre suas premissas, a RC propõe a incorporação de boas práticas de atenção baseadas em evidencias cientificas, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Entretanto, apesar das iniciativas do MS, ainda persistem questões preocupantes como a utilização de procedimentos inadequados na assistência ao parto, aumento dos métodos farmacológicos, permanecendo altas taxas de cesarianas e interferindo em indicadores de morbimortalidade como as mortes maternas. Esta proposta de intervenção teve por objetivo promover a qualificação de profissionais para contribuir na adoção das boas práticas, ampliando a qualificação/capacitação de enfermeiros. A proposta contempla atividades formativas, incluindo oficinas com a temática das boas práticas, um plano de orientações e acompanhamento voltado para assistência humanizada. O planejamento e desenvolvimento da proposta envolveu a mobilização da gestão hospitalar, enfermeiros, especialmente os que atuavam diretamente na assistência, e também outros profissionais, o que ajudou a ancorar a implementação das

Nova Digital Profissional Impress

boas práticas, uma vez que permitiu a sensibilização de outros profissionais/equipes na busca de qualificação do serviço. Apesar de haver uma conscientização sobre a importância das boas práticas e do parto humanizado, os enfermeiros apresentaram algumas dificuldades para sua inserção e implementação de alguns procedimentos, por falta de oportunidades ou espaços favoráveis (ambientes físicos, recursos, etc.) em alguns momentos, mas também por pouco conhecimento sobre os temas associados às boas práticas e habilidades para a realização de procedimentos. Por isso, vale registrar a importância dessas iniciativas, promovendo-se oportunidades de participação do enfermeiro em capacitações e estratégias de inserção qualificada no processo de trabalho e na atenção ao pré-parto, e parto/nascimento, proporcionando maior segurança e satisfação à parturiente, seus familiares, aos próprios enfermeiros e serviço.

Implantação da ficha de monitoramento de assistência ao puerpério por enfermeiro obstetra em hospital universitário de São Luís/MA

Cibele Silva Lima e Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
Universidade Federal Do Maranhão, Hospital Universitário Materno Infantil

Resumo

No Brasil, a cada ano acontecem cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, parturientes e os seus bebês. Cerca de 98% desses nascimentos acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam eles públicos ou privados. Os profissionais médicos ainda predominam na condução da assistência, ainda que exista um importante fortalecimento da participação das enfermeiras obstétricas e obstetrizes na prática assistencial. O processo de parturição e puerpério requer um cuidado especial e pode ser melhor direcionado quando as condutas são bem sistematizadas e tendo como metas principais a qualidade de vida do binômio mãe e filho e a prevenção e minimização de complicações pós-parto. Nesse sentido, propusemos a criação de uma ficha de monitoramento de cuidados no puerpério imediato, visando melhorar a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro obstetra. Trata-se de um plano desenvolvido no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017 no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil

Nova Digital Proibida Impressão

(HUMI). Por meio de diagnóstico situacional do serviço foi possível ampliar análises sobre o seu funcionamento, avançando em relação aos problemas e dificuldades existentes, especialmente na Maternidade do Hospital. Para o desenvolvimento das ações integradas na proposta de monitoramento dos cuidados, buscou-se a parceria da coordenação do Centro Obstétrico e dos profissionais do serviço, principalmente as equipes dos setores estratégicos, como o alojamento conjunto. Foi elaborada uma ficha de monitoramento de puerpério imediato, apresentada e validada pelos enfermeiros como um modelo a ser implementado. Após três meses de implantação da ficha foi possível observar uma evolução nas avaliações do puerpério imediato realizadas pelo enfermeiro obstetra, antes das puérperas serem encaminhadas ao alojamento conjunto, comparando que anteriormente eram encaminhadas sem uma avalição dos parâmetros considerados de risco pra complicações. O instrumento, associado às discussões para qualificação da assistência, tem se mostrado efetivo para melhorar o cuidado às puérperas do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), contribuindo para a assistência integral e promovendo o autocuidado e empoderamento tanto das mulheres quanto dos enfermeiros. A continuidade do plano se dará através de atividades de educação permanente, a fim de melhorar a adesão de enfermeiros obstetras, promover a reelaboração de práticas e assim contribuindo com o desafio mais amplo de transformação do modelo de atenção ao parto e nascimento no SUS.

Integração de ações de educação em saúde para gestantes envolvendo atenção básica e maternidade de referência em Recife/PE

Ana Flávia Emery de Almeida Azevedo e Ana Catarina Lacerda
Universidade Federal de Pernambuco, Maternidade Professor Barros Lima

Resumo

O objetivo deste trabalho foi desenvolver ações de educação em saúde e promover a melhor vinculação das gestantes entre o serviço de atenção básica e a maternidade para onde são referenciadas. Trata-se de uma ação voltada para o público-alvo do Programa Mãe Coruja/Recife, região do Brejo da Guabiraba e Maternidade Professor Barros Lima. A proposta surgiu a partir da observação da falta de informação ou pouca infor-

Nova Digital Editora Impress

mação/apropriação, pelas gestantes e seus acompanhantes, das práticas e procedimentos que são realizados no momento de assistência ao trabalho de parto e parto. Dessa necessidade surgiram as rodas de conversa, que foram organizadas juntamente à agenda do pré-natal, tendo como pauta as temáticas relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento. As rodas são divididas em seis momentos, cada um enfocando uma temática. Em seu desenvolvimento constatou-se que funcionam como oportunidade de sensibilização das gestantes, construções de percepções acerca de seus processos e das práticas e compartilhamento das questões de interesse. Além dessa finalidade, organiza-se também o encaminhamento do grupo de gestantes à maternidade de referência, com o objetivo de apresentar a estrutura física e se informar sobre o atendimento que ali é oferecido na internação para o parto. Para o desenvolvimento deste projeto foi necessária a articulação de vários setores e atores que compõem a rede de assistência à saúde da mulher da cidade de Recife, numa iniciativa que demonstra o esforço e o valor da integração de ações para o melhor cuidado às mulheres. Isso tem repercutido em sua maior satisfação e amenização de suas ansiedades em relação ao parto. A oportunidade de conhecimento e compartilhamento de experiências, dúvidas e sentimentos contribui para sua aprendizagem e empoderamento na relação com o processo da maternidade, com as práticas que são realizadas em sua assistência e com as equipes/serviços envolvidos no cuidado.

Programa de educação continuada para inserção do enfermeiro obstetra no centro obstétrico de hospital universitário de São Luiz/MA

Valdicléa De Jesus Veras e Rivaldo Lira Filho
Universidade Federal do Maranhão, Hospital Universitário Materno Infantil

Resumo

Nos primórdios da civilização a mulher se isolava para parir, seguindo seu instinto natural sem ajuda ou assistência de outras pessoas. No decorrer dos séculos passa a ser de responsabilidade das parteiras o auxílio e atenção ao processo de parturição. A partir do século XX essa prática foi transferida para o ambiente hospitalar, levando à perda ou redução da privacidade e autonomia da mulher. Na década de 80 fomentou-se um movi-

Nova Digital Editora Impress

mento social que desencadeou diversos debates no campo da saúde da mulher e maternidade, promovendo-se a discussão sobre assistência humanizada ao parto e nascimento, criticando-se práticas consideradas invasivas e desnecessárias e buscando-se preservar a privacidade e autonomia de todos os envolvidos. Nesse contexto, a inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao processo de parturição tornou-se um importante ponto de debate e sendo uma prática estimulada pelo Ministério da Saúde (MS) para contribuir com a humanização do parto e nascimento. O próprio MS vem promovendo vários cursos de formação para essa atividade e, entre as iniciativas de qualificação profissional, o objetivo deste trabalho foi implementar uma ação de aprimoramento em enfermagem obstétrica voltado para a equipe do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA. Trata-se de uma proposta educativa realizada no período de outubro de 2016 a dezembro de 2017 no Centro de Parto do HUUFMA. Foi articulada a um processo de pesquisa-ação, tendo a enfermagem como centro da promoção do cuidado. Desenvolveu-se em ação conjunta com os pares do serviço, envolvendo o coletivo dos enfermeiros obstetras. Entre as fases do projeto, foi realizado um diagnóstico situacional, para conhecimento das realidades de trabalho e também das habilidades e competências dos trabalhadores. O Grupo de Educação Permanente de Enfermagem teve papel essencial na mobilização da equipe e na construção de ações participativas, abrangendo oficinas e aulas práticas. Como resultados, destacam-se mudanças importantes no comportamento técnico da equipe, observando-se ganhos relevantes na aquisição de competências e habilidades e na assistência materno-fetal. Por se tratar de uma necessidade "urgente" – de contribuir com a mudança de modelo de cuidado –, a efetiva participação do enfermeiro obstetra no cenário de parto requer esforços de formação e envolvimento de toda a equipe no enfrentamento das dificuldades encontradas na organização do serviço. Nesse sentido, devem ser apoiadas iniciativas de capacitação e qualificação do trabalho, com atualizações permanentes que viabilizem a confiança e a consolidação da prática de enfermagem obstétrica.

Implantação do partograma na rotina de um hospital marajoara

Leydy Ellen da Silva Teixeira e Ana Paula Oliveira Gonçalves
Universidade Federal do Pará, Hospital Municipal de Breves

Resumo

O Hospital Municipal de Breves possui um total de noventa leitos, dos quais vinte e cinco são utilizados pela obstetrícia. Atualmente realiza-se cerca de mil e oitocentos partos por ano, sendo mil e seiscentos partos normais, assistidos por enfermeiros. Com o objetivo de aprimorar o cuidado à mulher, foi proposta a implementação de instrumentos de qualificação do trabalho da equipe, entre eles a utilização do partograma. A aplicação desse dispositivo permite o estabelecimento de critérios de acompanhamento do trabalho de parto, caracterizando-se como um método eficiente para monitorar sua progressão. Permite assim uma contribuição significativa para a segurança e redução de incertezas e ansiedades dos profissionais na assistência ao parto. Este projeto teve como objetivos implantar o partograma no Hospital Municipal de Breves (HMB) e capacitar os enfermeiros e médicos atuantes na maternidade para a utilização do instrumento. Trata-se de um projeto de intervenção que abrangeu todas as equipes, enfermagem e médicos, envolvendo várias etapas: num primeiro momento apresentou-se o projeto para atores das direções de saúde e instâncias do SUS, fase que envolveu reuniões com diretor da instituição, direção de enfermagem e secretário de saúde. Num outro momento, mobilizou-se o quadro de funcionários da sala de parto e maternidade do hospital, utilizando-se diversos recursos para sensibilização sobre a importância do uso do partograma. Nessa fase fortaleceram-se compromissos e pactuações para promover a capacitação do quadro de profissionais e adoção do partograma na assistência ao parto. Na última etapa foram realizados dois encontros em horários diferentes, com duração de 3 horas cada, um encontro no turno da tarde e outro no turno da noite, para contemplar todas as equipes. A continuidade e avaliação das ações devem prosseguir com análises do uso do instrumento pelos profissionais. Nesse sentido, vale destacar a importância do movimento já desencadeado, buscando envolver os diferentes profissionais, avançando na prática do trabalho em equipe. Também vale lembrar que a introdução do instrumento na rotina da instituição passa

Nova Digital Editora Impressa

por importantes mudanças no processo de trabalho, questão que exige o cuidado especial com ações para garantir espaços de discussões e participação dos profissionais. Para isso, estão programados encontros mensais com a equipe para análise dos dados e discussões ampliadas.

Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico em pronto atendimento de Russas/CE

Natércia Camila Carlos Lima e Amanda Souza de Oliveira
Unidade de Pronto Atendimento de Russas/CE

Resumo

Na UPA do município de Russas (CE), por ser a única porta de entrada municipal aos atendimentos de urgência e emergência, a realidade de atendimentos é semelhante a encontrada em grande parte do Brasil. São dificuldades ligadas a superlotação e a problemas no acesso tanto para os usuários quanto para as gestante que procuram assistência Muitas vezes isso é agravado pela falta de tecnologias de organização do trabalho, tal como a falta de critérios para nortear a abordagem clínica. O Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (ACR) possibilita a classificação da gestante conforme as necessidades (e gravidade) do caso, possibilitando tomadas de decisão associadas à avaliação clínica baseada em evidências científicas. O ACR é um dispositivo indicado pelo Ministério da Saúde (MS) para qualificar o trabalho dos profissionais e a assistência à mulher. Partindo dessa diretriz, objetivou-se implantar o ACR na atenção obstétrica em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA24h) no município de Russas/CE. Desenvolveu -se um plano de ação em 6 etapas, envolvendo vários atores institucionais em sua pactuação: o secretário de saúde do município de Russas, a secretária executiva, as direções administrativa e clínica e a Coordenação de Enfermagem da UPA, além da equipe multiprofissional da Unidade. Entre as estratégias utilizadas foi realizada uma oficina para apresentação e discussão do protocolo de ACR e fluxos nele previstos, desde a chegada da gestante à Unidade até sua alta e/ou transferência. Em seguida foram realizadas reuniões e, especificamente, oficinas para capacitar e instrumentalizar a equipe, além de sensibilizar os profissionais e gestores da Unidade e do município sobre a importância de sua implantação. O processo de capacitação alcançou 67,6%

Nova Digital Impressão

dos profissionais da UPA. Numa amostragem de classificações realizadas de 01 a 22 de janeiro de 2018, das 3.893 classificações feitas na UPA, 59 foram de gestantes, o que correspondeu a 1,5% do total de atendimentos. Dessas classificações, 94% foram corretas e seguiram todos os parâmetros orientados pelo protocolo. Apenas 6% estavam incoerentes com o protocolo adotado para obstetrícia. Observou-se que as gestantes classificadas de maneira errônea foram atendidas por enfermeiros que não compareceram as oficinas de capacitação. Sendo assim, a utilização da estratégia de qualificação/oficinas contribuiu para a atualização, conscientização e motivação dos profissionais, e o acompanhamento pós-oficinas mostrou a relevância do processo formativo. Os participantes verbalizaram estarem cientes da importância do protocolo no atendimento à gestante e das atribuições relativas às suas práticas assistenciais, alcançando-se maior resolutividade no trabalho de acolher e classificar a gestante de forma humanizada. A proposta de qualificação foi traçada a partir da necessidade de garantia de assistência adequada às gestantes que procuram atendimento de urgência e emergência, seguindo-se as diretrizes do MS e ajustando-se à realidade do serviço. Esse processo só se torna efetivo quando se consegue mobilizar os diferentes atores institucionais, gestores e equipes, demonstrando que esses tipos de intervenções no trabalho podem ser multiplicados em diferentes serviços.

Implementação de ações de qualificação da assistência obstétrica em hospital regional do Rio Grande do Norte

Alessandra Kássia de Souza Alves e Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros

Resumo

Na perspectiva de promover um parto e nascimento seguros para a mulher e seu bebê, o Ministério da Saúde adota diversas tecnologias e procedimentos para melhoria da assistência. Este estudo sistematiza uma intervenção realizada no Centro Obstétrico do Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros (HRMAB), em São José de Mipibu, Rio Grande do Norte. O objetivo foi estabelecer melhorias na assistência prestada pela Hospital. Para isso, trabalhou-se na implementação das práticas obstétricas humanizadas e

Nova Digital Editorial Impress

baseadas em evidências científicas, na inserção de enfermeiros obstétricos no modelo de atenção ao parto e nascimento de risco habitual, na implementação de ações de incentivo ao aleitamento materno, na reorganização do fluxo de acolhimento com classificação de risco e na adequação da ambiência, com criação de leitos para pré-parto, parto e pós-parto. Nesse processo foram envolvidos as gestões local, estadual e municipal, como forma de apoio político, técnico e financeiro que possibilitasse a viabilização das ações. Buscou-se também a parceria dos atores internos ao Hospital, garantindo a participação das direções geral e administrativa, chefia de enfermagem e das equipes de trabalhadores. Vale destacar a busca do envolvimento de enfermeiros e médicos do HRMAB, considerando que estão diretamente presentes no processo de assistência às mulheres que buscam o Hospital e assim avançando na construção do trabalho em equipe multiprofissional. No decorrer das intervenções emergiram várias questões e problemas, com momentos críticos relacionados tanto à indisponibilidade de recursos quanto às defasagens nos quadros profissionais, num cenário de dificuldades econômicas do Estado e limitações de ações que necessitassem de investimentos financeiros. Na programação de ações educativas, como treinamentos, cursos e oficinas de capacitação profissional, as dificuldades estiveram associadas às agendas dos profissionais, muitas vezes com impossibilidade de conciliar horários para participação nas atividades. Nesse contexto, para garantir o desencadeamento de ações e mudanças, um dos principais caminhos foi a abertura do HRMAB como campo de estágio do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (parceria do Ministério da Saúde com a Universidade), tomando-se as diretrizes trazidas pelo curso para qualificação dos serviços. Aproveitando-se dessa estratégia, foram potencializados no Hospital: a inserção do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto, a implementação das práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e a ampliação da qualificação profissional, com participação das enfermeiras do Hospital no Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica. Além disso, foi buscado o envolvimento de diversos segmentos públicos como facilitadores das iniciativas e promovida a adequação da Programação Pactuada Integrada na Comissão de Intergestores Regionais. Outras estratégias e ações foram programadas para efetivação a médio e longo prazos, como a abertura do Posto de Coleta de Leite Humano, setor de Acolhimento com Classificação de risco e quartos para Pré-parto, parto e pós-parto. Tanto as intervenções ambientais como as mudanças no processo de trabalho foram desencadeadas para favorecer a melhoria do modelo de atenção às gestantes, seus bebês e suas famílias, valorização o cuidado humanizado ao processo de parto de nascimento.

Implementação do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em maternidade de Mossoró/RN

Milianne Tamyres de Oliveira e Flávio César Bezerra da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Hospital Maternidade Almeida Castro

Nova Diagramação - Projeto em Impressão

Resumo

A amamentação e o contato pele a pele são de fundamental importância para fortalecer o vinculo entre mãe e filho, promover o bem estar e conforto para o bebê, auxiliar no seu desenvolvimento e crescimento, estimular a produção de hormônios essenciais como ocitocina e prolactina, responsáveis pela produção do leite materno, e dessa forma contribuir para o bom desenvolvimento da criança, reduzindo os riscos de doenças e aumentando os laços afetivos. Este projeto teve o objetivo de implementar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com enfoque no contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Trata-se de uma intervenção desenvolvida na Associação de Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró, instituição filantrópica mantenedora do Complexo Hospitalar Maternidade Almeida Castro, referência em gestação de alto risco. É credenciado como Hospital Amigo da Criança, participa da Rede Cegonha e do projeto Parto Adequado. O desenho de ações partiu da realização de diagnóstico situacional do serviço, com identificação de pontos frágeis e também de pontos facilitadores, possibilitando a eleição de problemas passíveis de serem trabalhados a partir de articulações entre os atores institucionais. Nesse sentido, buscou-se o envolvimento de todos os sujeitos atuantes no serviço, mobilizando-se gestores e profisisonais da assistência, em um processo coletivo de identificação de potencialidades na realidade de trabalho. No desencadeamento das ações observou-se a melhoria da própria relação de parceria entre as equipes, criando-se alianças no ambiente de trabalho, com a construção de objetivos comuns e permitindo o processo de reflexão dos profissionais sobre a importância do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Além disso, compartilhou-se a necessidade de qualificação profissional, através de ações de educação permanente. As práticas adotadas ou aprimoradas refletiram em aumento de satisfação das usuárias. Ademais, ainda no bojo das iniciativas, ressalta-se o desenvolvimento do envoltório

de tecido antialérgico denominado *top* para promover segurança e estimular as puérperas a manterem o seu bebê recém-nascido em contato pele a pele, contribuindo com ofertas de práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas.

Implantação do contato pele a pele em hospital público de Caruaru/PE

Michelle Soraya do Nascimento e Luiziane Souza Vasconcelos de Lima
Universidade Federal de Pernambuco, Hospital Jesus Nazareno

Resumo

O atendimento imediato ao recém-nascido a termo saudável na sala de parto tem passado por uma série de modificações nos últimos anos, visando diminuir o excesso de intervenções aplicadas à criança logo após o nascimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza adiar, para após a primeira hora de vida, qualquer procedimento rotineiro de atenção ao recém-nascido a termo e com boa vitalidade, que separe a mãe de seu bebê, a fim de permitir o contato pele a pele ininterrupto imediatamente ao nascer. O presente trabalho teve o objetivo de implantar a prática do contato pele a pele entre a mãe e o neonato na primeira hora de vida na sala de parto em uma maternidade pública, Hospital Jesus Nazareno, participante da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em Pernambuco. O projeto começou com um diagnóstico de reconhecimento da realidade loocal, servindo de base para a elaboração de ações/estratégias com a finalidade de modificar os processos e práticas institucionais. Nese sentido, foram mobilizados esforços e competências no desenho de intervenção. A principal atividade para alcance das metas estabelecidas foi a programação e desenvolvimento de oficinas com os profissionais de saúde atuantes na assistência ao parto e ao RN, abordando-se a promoção do contato pele a pele (CPP). As oficinas foram estruturadas de modo a compartilhar vivências individuais e coletivas, além de terem o caráter de instrumentalização dos profissionais para adotar em sua prática diária a promoção do contato pele a pele. Para essas atividades o Núcleo de Educação Permanente teve papel essencial, inclusive com a certificação do processo como atividade educativa curricular, ação que valorizou a participação e interesse dos profissionais. A prática de contato pele a pele no Hospital está confirmando o

Versão Digital - Produção Impressa

que já se conhece de seus efeitos, comprovando-se como uma prática benéfica, de baixo custo, acesso fácil e com resultados em curto prazo para a saúde materna e infantil.

Plano de ação para implantação do projeto nascer em hospital municipal de Igarapé Miri/PA

Claudia Alfaia Pureza Oliveira e Andressa Tavares Parente
Hospital e Maternidade Santana

Resumo

No cenário da gestação a probabilidade de transmissão materno-infantil (vertical) do HIV foi demonstrada por vários estudos, evidenciando que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e parto propriamente dito, e que os 35% restantes ocorrem intra-útero. Além disso, o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão de 7 a 22%. Para enfrentamento desses e outros problemas, o Ministério da Saúde implantou, em 2002, o "Projeto Nascer-Maternidades" como estratégia de fortalecimento das ações de controle da doença materna e prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade por sífilis congênita. O objetivo do trabalho foi traçar um plano para a implantação do Projeto Nascer no Hospital e Maternidade Santana. A proposta surgiu a partir de um diagnóstico situacional realizado na referida maternidade, mostrando a ausência de triagem referente aos testes rápidos para detecção da Sífilis e do HIV. A Maternidade foi responsável por atender 94,91% das mulheres que se submeteram ao parto no ano de 2016, sem nenhuma triagem antes desses procedimentos. Para desenvolvimento das ações, buscou-se a parceria com a equipe do 6º Centro Regional de Saúde/SESPA e da Secretaria Municipal de Saúde de Igarapé Miri, promovendo-se atividades com os gestores e equipe profissional da Maternidade Santana. O trabalho envolveu discussões acerca da assistência prestada às parturientes na admissão hospitalar e no período pré-parto imediato, baseando-se nos critérios e fluxos da Portaria n.º 2104/GM de 19 de novembro de 2002 que institui o Projeto Nascer-Maternidade. Foram realizadas reuniões e oficinas de capacitação com os profissionais de saúde do município, com o apoio da Coordenação Estadual de Saúde da Mulher e Doenças Sexualmente Transmissível/AIDS. Todas essas articula-

Nova Digital | Proibida a impressão

ções foram necessárias para envolvimento da rede na mudança de práticas e qualificação da assistência. Com a adoção dos procedimentos indicados, vem melhorando o atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento na rede de saúde.

Organização da atenção obstétrica em centro de parto normal de são josé da lage/al: mudança no paradigma assistencial com ênfase na atuação do enfermeiro obstetra

Rayra Mendes da Rocha Pimentel e Amuzza Aylla P. dos Santos
Universidade Federal de Alagoas, Centro de Parto Normal de São José da Laje/AL, Unidade Mista Dr Artur Camelo Veras

Resumo

Os princípios da humanização apontam para a importância de inclusão do enfermeiro na equipe de assistência ao parto e nascimento, como um recurso que contribui para a mudança de modelo de cuidado. A presença desses profissionais contribui na reorganização da atenção e redução de riscos e intervenções desnecessárias, como também em proporcionar uma "experiência positiva" de parto às mulheres. Favorecem o estabelecimento do vínculo de confiança profissional/equipe e parturiente, compartilhando as decisões no planejamento de cuidados. Dessa forma respeita-se e promove-se o protagonismo da mulher no processo de parturição e no controle dos procedimentos. Nesse sentido, com o objetivo de promover assistência obstétrica e neonatal qualificada e segura às gestantes/bebês, este trabalho buscou a implantação de um protocolo clínico institucional, norteando o posicionamento do enfermeiro obstetra na assistência. O projeto foi desenvolvido no Centro de Parto Normal (CPN) do Município de São José da Laje-AL, vinculado à Unidade Mista Dr Artur Camelo Veras. Iniciou-se com um levantamento do perfil e funcionamento da Unidade, visualizando proces-

Nova Digital - Prohibida Impress

sos assistenciais, encaminhamentos institucionais, indicadores de qualidade da assistência e outros aspectos que permitiram conhecer os fios tecidos dentro do CPN. Esse diagnóstico situacional permitiu o desenho de ações, buscando um protocolo que se adequasse à realidade local. Por se almejarem mudanças efetivas no serviço foram desencadeados vários movimentos, incluindo atividades de capacitações com os enfermeiros, em atividades presenciais, além da realização de grupos e encontros com as gestantes e reuniões com a gestão. Os produtos de todos esses esforços têm possibilitado avançar na qualificação da assistência, com práticas embasadas em evidências científicas e voltadas para a humanização do cuidado, fortalecendo o protagonismo da mulher no momento do parto.

Implementação de boas práticas de cuidado ao recém-nascido no pós-parto imediato em hospital de União dos Palmares/AL

Larissa Gomes Cardoso de Lima e Maria Elisângela Torres de Lima Sanches
Hospital São Vicente de Paulo/Maternidade Santa Catarina

Resumo

O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) demonstra importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como auxilia na garantia da promoção de melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde. As diretrizes do Ministério da Saúde (MS) chamam a atenção para práticas importantes no cuidado neonatal ao nascimento e nos primeiros dias de vida com o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal. O Hospital São Vicente de Paulo/Maternidade Santa Catarina do município de União dos Palmares (Al) é uma instituição filantrópica, sendo referência para sete municípios de Alagoas. No que diz respeito aos cuidados ao RN no pós-parto imediato, a realização de um diagnóstico situacional na Maternidade possibilitou o melhor conhecimento de seu funcionamento e em especial a observação de deficiências na atenção ao RN. Desse diagnóstico surgiu a proposta de implementação de boas práticas no cuidado ao RN no pós-

Nova Digital Proibida Impressão

parto imediato, buscando a construção de um protocolo capaz de contribuir para a humanização da assistência a parto e nascimento, com atualização de ações baseadas em evidências. Para o desenvolvimento da proposta foram abertos espaços de discussões envolvendo as equipes de enfermagem e médica. Durante o processo destacam-se os avanços nas conversas com a direção do hospital que resultaram na contratação de profissionais enfermeiros obstetras. Este fato evidencia a importância de uma pactuação entre os atores institucionais possibilitando a inserção efetiva de "peças chaves" na organização e atuação no serviço. Esses pactos e produtos são frutos de uma dinâmica que se desencadeia junto a processos de formação dentro da instituição. As ações resultaram na adoção de boas práticas pela instituição, incluindo aquelas diretamente aplicadas com os RNs, como o contato pele a pele, o aleitamento materno na 1º hora de vida, o clampeamento tardio do cordão umbilical, o banho após seis horas de vida e a não aspiração de vias aéreas superiores sem indicação. O protocolo de boas práticas de atenção ao RN foi validado com a direção do serviço. Com isso espera-se avançar na sua consolidação, seguindo-se as diretrizes preconizadas pelo MS, contribuindo para a mudança de modelo na assistência à mulher e ao RN.

Organização da assistência obstétrica ao parto de risco habitual em maternidade de Craíbas/AL

Lucy Ana Miranda de Aquino Mendonça e Luciana de Amorim Barros
Casa Maternal Frei Damião

Resumo

O parto natural é uma das experiências mais intensas na vida de uma mulher. A organização dos serviços assistenciais é importante fator interferente nessa experiência, influindo desde a estrutura física até as relações da equipe com as usuárias. A Casa Maternal Frei Damião, inaugurada no ano de 1997, localiza-se no município de Craíbas, e faz parte da 7ª região de saúde do Estado de Alagoas. A instituição presta assistência a mulheres do município, no parto de risco habitual, além de atendimentos de urgência e emergência 24 horas com demanda espontânea. A experiência de trabalho nesse serviço foi uma condição essencial para observar as fragilidades nos seus processos de trabalho e motivar a construção de

Nova Digital Reprodução Proibida Impressão

ações para sua superação. As fragilidades dizem respeito ao modo de organização da assistência e ausência de vínculo da Casa Maternal com a Atenção Básica, influindo em baixa procura das gestantes do município pelo serviço. A proposta de ações veio com o seguinte questionamento: como contribuir com a organização e melhoria do serviço obstétrico? Partindo daí foi realizado um diagnóstico situacional local e, em conjunto com a Secretaria de Saúde, levantaram-se dados dos sistemas informacionais do SUS e dos livros de registro da maternidade. Combinando o diagnóstico situacional, os dados coletados da rede e a vivência na rotina de atuação profissional chegou-se ao melhor conhecimento da realidade e elaboração de uma proposta de ações para enfrentamento dos problemas encontrados. A principal estratégia foi a de vincular o serviço da maternidade com as equipes de saúde da família/atenção básica. Para efetivação desse propósito foi necessária a mobilização dos vários atores envolvidos, tanto os profissionais da maternidade, como os da gestão local, direção institucional e profissionais da rede de atenção básica. Foram promovidas várias reuniões conjuntas e outras específicas com cada setor. Essa estratégia de mobilização e construção coletiva refletiu em mudanças nas práticas, na ambiência e na articulação de recursos humanos. Modificações importantes aconteceram nesses âmbitos, favorecendo o vínculo e aproximação com a atenção básica, daí abrindo outras possibilidades para melhorar a qualidade da assistência em rede. Os resultados já aparecem também em indicadores analisados por meio de um livro de registros, da ouvidoria e indicadores assistenciais.

Ações e estratégias para o acompanhamento de mulheres no período puerperal na rede de Saúde de Boa Vista/RR

Any Karoline Bezerra de Alencar Ferro e Cintia Freitas Casimiro
Universidade Federal de Roraima,
Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré

Resumo

O puerpério é um estado que demanda assistência adequada e específica dentro da linha de cuidado integral à saúde da mulher. Apesar da Estratégia de Saúde da Família prever o acompanhamento do puerpério

Nova Digital Impressa

por equipe de enfermagem, muitas vezes não se consegue garantir a realização das visitas puerperais e consultas no tempo estabelecido pela Rede Cegonha (diretrizes do Ministério da Saúde), inclusive devido ao excesso de demandas. De outro lado, os enfermeiros das maternidades muitas vezes não possuem instrumentos que os auxiliem na orientação das puérperas no momento da alta. Para modificação desse cenário de problemas ou limitações, foi proposto um plano de ação a ser desenvolvido com o Centro de Saúde Asa Branca e Maternidade de Boa Vista, tendo como objetivo reorganizar a atenção ao puerpério, com estratégias para se promover a visita puerperal em tempo hábil e orientações às puérperas no momento da alta. Este Projeto foi realizado como piloto com puérperas acompanhadas no Centro de Saúde Asa Branca e estendido ao Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, abrangendo os seguintes movimentos/ações: realização de reunião com profissionais das equipes, formação de grupo de gestantes, criação de Grupos estratégicos em redes sociais, confecção de panfleto informativo e resumo de alta puerperal e apresentação/validação dos impressos com os gestores e equipes. No desenvolvimento dessas ações observaram-se várias dificuldades dos profissionais da Atenção Básica, principalmente em manter o acompanhamento de puérperas, entretanto percebendo-se a importância e eficácia das atividades realizadas em grupo, onde se fazem orientações rápidas, garantem-se soluções a "pequenas" demandas e aumenta-se o vínculo com as usuárias. Também se verificou que a assistência não tem como ser bem sucedida se ficar restrita a uma ação isolada da Atenção Básica, portanto com a necessidade de serem articuladas ações conjuntas com a Maternidade. Nesse contexto é que o plano de intervenção se mostra especialmente importante, buscando o fortalecimento da rede de cuidados. Nas ações, destacam-se os movimentos realizados a partir da enfermagem obstétrica, a partir da oportunidade de aproveitar o Curso/processo de formação e apropriação de instrumentos avaliativos do serviço e da rede de atenção. Usando as ferramentas discutidas no Curso, foram realizados diagnósticos situacionais que serviram de base para priorização de situações e para abrir conversas no serviço, buscando parcerias e envolvimento de colegas/equipes para a construção de ações e estratégias. Ressalta-se também a construção ou apropriação de instrumentos para melhor direcionar a abordagem das usuárias/puérperas e procurando instituir o uso desses materiais para qualificar o processo de trabalho. No contexto de desafios, foram feitos vários esforços de articulação em rede, buscando potencializr a ação das equipes/serviços, em busca do melhor cuidado às usuárias/puérperas.

Incentivo à posição não supina no momento do parto: projeto de intervenção

Priscila F de Albuquerque Oliveira, Emanuel N Rodrigues da Fonseca, Sibylle Emilie Vogt, Fernanda Cruz Ramos Ferreira, Waglânia de Mendonça Faustino Freitas e Patrícia Maroja da Costa

Universidade Federal da Paraíba, Maternidade pública de João Pessoa

Resumo

O cuidado de enfermagem dispensado à mulher no processo parturitivo deve configurar-se na busca de um relacionamento mais humano e próximo à parturiente. Nesse sentido, deve possibilitar que a mulher detenha o controle sobre seu corpo de modo a compreender o que acontece em cada fase do parto, podendo manifestar-se livremente. Ainda, envolve a conscientização sobre seus direitos e uma escuta atenta e sensível do profissional de enfermagem com vistas a auxiliar à parturiente nesse processo. O respeito à mulher transforma o nascimento num momento único e especial. Nesse sentido, a liberdade para deambular e se movimentar aumenta o seu empoderamento e sua satisfação, uma vez que uma vivência positiva desse momento não está relacionada somente à ausência da dor, mas às condições oferecidas para o seu enfrentamento. O objetivo deste projeto foi encorajar as mulheres à mudança de posição, bem como incentivar as enfermeiras obstétricas a prestarem assistência ao parto em posição não supina. Foi realizado em uma maternidade pública de João Pessoa-PB, incluindo as gestantes em trabalho de parto ativo e as enfermeiras obstétricas e generalistas plantonistas do centro obstétrico da maternidade, no período de janeiro a novembro de 2017. O projeto foi elaborado a partir de diagnóstico situacional do serviço, evidenciando os processos de trabalho já existentes, a atuação das equipes e indicadores de qualidade da assistência ao parto. As ações se fizeram nos seguintes passos: apresentação e discussão com a direção da instituição, gestores e coordenadores; atividades de incentivo à participação dos enfermeiros obstetras; rodas de conversas/palestra nos plantões sobre a importância da verticalização do parto e como fazê-lo de forma prática; elaboração de cartilha; e acompanhamento avaliativo do projeto. Esses passos se conectaram no desenho de caminhos em pactuação com a direção da maternidade, que assinou termo de compromisso e autorização do projeto. Houve um aumento de 33 % na escolha pela posição vertical e 59% das enfermeiras aceitaram participar do processo formativo e mudanças propostas. Os

Nova Digital Prelos Impress

indicadores apresentaram importante melhoria após desenvolvimento do projeto. Estão sendo envidados esforços para sustentação dessa prática, que propicia à mulher o protagonismo do seu parto e possibilita que ela assuma a posição de sua escolha de acordo com a autopercepção da demanda do seu próprio corpo.

Inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento em um hospital de Uberlândia/MG: ênfase na prática de contato pele a pele

Larissa Aparecida Rosa Nishida, Luana Rodrigues Ferreira Silva
Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro

Resumo

O contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida é preconizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), sendo fundamentado como o quarto dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). No Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro (HMMDOLC/Uberlândia/MG) são realizados em média 1600 partos normais por ano. Observou-se a necessidade da criação de um protocolo institucional para a sistematização da assistência em saúde para que o contato pele a pele fosse realizado, com a confecção de documento para registro, produção e análise de dados referentes a esse procedimento. Este projeto teve como objetivo favorecer e potencializar essa prática, a partir da implementação de um roteiro com critérios para se aplicar a todos os recém-nascidos que nele se enquadrem (idade gestacional acima de 35 semanas e boa vitalidade ao nascer) e estímulo para a amamentação ainda na primeira hora de vida. A criação do roteiro foi proposta com base no registro de informações pertinentes ao contato pele a pele, baseado em evidências, de modo que a produção de dados dê suporte para essa "boa prática" na primeira hora de vida do bebê. No processo de produção do roteiro buscou-se a parceria com os atores institucionais, incluindo o Comitê de Aleitamento Materno, e para seu uso efetivo foram programadas ações de sensibilização e capacitação, com reuniões e discussões com a equipe multiprofissional. Ainda em fase

Nova Digital - Em Fase Impress

de implementação, os próximos passos incluem a continuidade de reuniões com a equipe para apresentação de dados e atividades educativas. Em todos os passos serão intensificados os alertas sobre a importância da realização dos procedimentos relativos as boas práticas e promovendo ajustamentos da rotina à realidade do serviço. Para isso ressalta-se a importância da escuta de todos os profissionais envolvidos. A realização deste projeto tem sido um potente disparador de conversas sobre o processo de trabalho, com vistas à transformação da realidade.

Inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento em hospital de Uberlândia/MG: ênfase em processo de educação permanente no setor materno-infantil

Pâmella de Moraes Ananias Alves, Efigenia Aparecida Maciel de Freitas e Luana Rodrigues Ferreira Silva

Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia

Resumo

A Educação Permanente no Serviço (EPS) emerge como instrumento para transformar o profissional de saúde em protagonista e melhor conhecedor de sua realidade de trabalho. Este projeto teve como objetivo promover ações educativas no Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia, de modo a capacitar e melhorar a qualidade da assistência ao processo de parto e nascimento. Visa à qualificação das equipes, esperando contribuir com a redução de eventos adversos e melhorar os indicadores assistenciais. A iniciativa surgiu da vivência e visualização empírica das situações de trabalho e se fundamentou na utilização de metodologias ativas, aplicadas à equipe de enfermagem obstétrica. A fim de garantir a participação de todos, foram mobilizados supervisores, enfermeiros e técnicos de enfermagem, em reuniões estratégicas. Para as atividades de estudo utilizaram-se técnicas relacionadas ao Ciclo de Reflexão, o role play, uma técnica didática em que os participantes são envolvidos numa situação-problema, devendo tomar decisões e prever suas consequências, baseando-se nas melhores evidências científicas atuais. O estudo foi associado ao Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha (parceria entre Ministério da Saúde e Uni-

Nova Digital Prohibita Impress

versidade), servindo como oportunidade de formação e de avaliação de ações implementadas por meio do Curso, entre elas a Rotina de Educação Permanente como ferramenta para a melhoria do cuidado prestado durante o processo de parto e nascimento.

Inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento em hospital universitário de Uberlândia/MG: atuação no acolhimento e classificação de risco

Silvia Regina Dos Santos, Helena Borges Martins Da Silva Paro e Efigenia Aparecida Maciel De Freitas

Universidade Federal de Uberlândia, Hospital de Clínicas de Uberlândia

Resumo

O acolhimento está relacionado com a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as mulheres no seu estado gravídico puerperal, através de escuta, identificação de problemas e intervenção resolutiva. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) em obstetrícia é um protocolo do MS que define procedimentos, com fluxos de atendimento à gestante, abrangendo a recepção e abordagem na porta de entrada, direcionamento para atendimento com os profissionais de enfermagem e médicos e encaminhamentos pertinentes a partir das necessidades identificadas com a situação/queixa/demanda ou evento apresentado pela gestante. Garante atendimento imediato, prioritário, da paciente com grau de risco elevado. Essa atividade exige do enfermeiro comprometimento e pensamento crítico, além de conhecimento científico. Nesse contexto, através do levantamento de dados realizado no serviço de urgência e emergência do Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia/HCU/UFU, o presente projeto propõe uma reestruturação no processo de trabalho da classificação de risco existente no hospital. Esta proposta de mudança ou ajustamento tem o intuito de oferecer às mulheres maior resolutividade de seu problema imediato, garantindo cuidado humanizado e integral a partir do momento de sua chegada ao serviço. Busca também otimização dos profissionais, dos recursos e maior satisfação da mulher. Para a execução dessa proposta, desencadearam-se reuniões estratégicas com gestores e diretores do HCU-

Prova Digital – Proibida Impressão

UFU. Nesse movimento, um dos grandes desafios foi a articulação dos gestores e equipes para estabelecer os critérios de referenciamento e fluxos nos casos de atendimentos em conformidade com a gravidade. Vale ressaltar que neste serviço as situações de menor gravidade (na classificação de risco) apresentam-se como um problema especial na organização e garantia do atendimento. As tomadas de decisões basearam-se na realidade e possibilidades locais, de modo que este "possível" sustentasse a assistência necessária. Outro desafio encontrado e, considerado um ponto crítico, refere-se à objeção inicial de toda equipe quanto a mudanças no ACR em obstetrícia. Para tratar dessa sensível situação, foram realizadas rodas de conversas para esclarecimentos e envolvimento de todos, sendo também envolvidos os gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Entre as atividades técnicas foram realizadas atividades de capacitação com treinamentos dos enfermeiros sobre a classificação em obstetrícia usando protocolos direcionadores de tomadas de decisões nos atendimentos de urgência e emergência obstétrica. A implantação/ajustamento do ACR possibilitou priorizar os atendimentos às gestantes que apresentaram quadros mais graves e necessitaram de atendimento imediato. Permitiu também melhor identificar casos que poderiam aguardar pelo atendimento. Além disso, os enfermeiros conseguiram desenvolver maior habilidade técnica, à luz de critérios científicos. Entre os resultados iniciais, destaca-se a redução no tempo de espera, indicando maior resolutividade e equidade na abordagem e respostas propiciadas às mulheres.

Inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento em hospital universitário de Uberlândia/MG: ênfase na utilização de quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato)

Ângela Maria Machado, Efigênia Maciel de Freitas
Universidade Federal de Uberlândia, Hospital de Clínicas de Uberlândia

Resumo

A ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora e resolutiva. Este projeto teve como objetivos: adequar o espaço físico da maternidade e pré-parto do

Nova Digital Proibida Impressão

HCU (Hospital de Clínicas de Uberlândia) com a criação de 3 (três) quartos de PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) e, propiciar a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. Tal inserção permitiu o protagonismo, da mesma, na emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), procedimento que muitas vezes fica restrito ao médico. O projeto possibilitou a articulação de um conjunto de boas práticas assistenciais, para além de adequação do ambiente. Nesse sentido, foram promovidas adequações e criação de espaços individualizados, com banheiro privativo. As adequações favoreceram a utilização de métodos não farmacológicos de alívio à dor, incluindo a variedade de posições no trabalho de parto, parto e nascimento. Para desencadear este processo de mudança, tendo como destaque a inserção do enfermeiro obstétrico na atenção ao parto e na organização do hospital, foram mobilizados vários atores da instituição e da rede local. A fim de discutir e validar a "conveniência" do projeto um plano foi construído a partir daquela realidade de trabalho. O projeto foi apresentado para a equipe multiprofissional e criado uma agenda permanente de discussões para a reorganização dos processos de trabalho a partir das mudanças iniciadas no ambiente físico. A adequação de ambiência isoladamente não muda o processo de trabalho, porém pode ser usada como meio construtor do espaço de integração dos processos e relações de trabalho, indo além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar as tecnologias duras.

Nova Digital Proibida Impress

Versão Digital – Proibida Impressão

Anexo

Estrutura dos instrumentos de diagnósticos situacionais e planos de ação-intervenção

Serafim Barbosa Santos Filho e
Kleyde Ventura de Souza

Propostos numa lógica de articulação de planejamento-monitoramento-avaliação, ou *articulação de PMA*, mencionada nos capítulos deste Livro, aqui se apresentam as bases dos dois principais instrumentos usados para se trazer o trabalho à cena formativa, neste caso ajudando a conectar a formação-intervenção, curso-serviços de saúde.

O roteiro para diagnóstico situacional (DS) é apresentado em um formato mais estruturado e o roteiro de projeto/plano de intervenção em formato mais aberto, seguido dos critérios utilizados para avaliação de sua potência à luz das diretrizes.

ROTEIRO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO (DS) E BASE PARA ANÁLISE COLETIVA DO TRABALHO

CONTEXTO DESTE DOCUMENTO E ORIENTAÇÕES
PARA REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES E DIAGNÓSTICO

Este instrumento está estruturado nas diretrizes que o Ministério da Saúde indica para qualificação dos serviços na perspectiva de reorganização do modelo de atenção obstétrico-neonatal.

Versão Digital - Proibida Impressão

Está organizado em três blocos:

- Análise de situação atual com base em diretrizes de organização do trabalho e atenção obstétrica e neonatal.
- Mapeamento de alguns dados de produção e eventos sentinela.
- Fatores dificultadores e facilitadores para operar mudanças no serviço.

Partindo da proposta do Curso de ofertar um processo formativo articulado à realidade concreta em que os trabalhadores-alunos estão inseridos, o instrumento deve ser utilizado seguindo-se três pressupostos metodológicos:

- compreendendo-se os seus focos avaliativos como base para analisar a realidade atual de seus serviços,
- partindo dessa análise de *situação atual* para compor eixos de intervenção potenciais e possíveis para operar mudanças consideradas necessárias, isto é, no caminho de uma *situação desejada* e
- organizando rodas de conversa avaliativas em seus locais de trabalho (com colegas, equipes, gestores e usuários) para desencadear as análises/diagnóstico e construção de propostas (eixos de intervenção) de forma coletiva e ampliada (condição que se julga necessária para que uma proposta seja construída e implementada).

Esses pressupostos são coerentes com as diretrizes de gestão e avaliação participativa que se espera para os serviços e também são diretrizes do Curso, qualificando o trabalhador-aluno para disparar conversas avaliativas em seus locais de trabalho.

Para melhor entendimento do instrumento, a seguir demarcamos os itens de análise contemplados no Bloco 1.

- **Diretrizes e focos:** aqui colocados no sentido de direcionar o objeto e objetivo a serem alcançados. Trazem em si os atributos desejados para nortear/direcionar as mudanças desejadas e qualificação dos processos de trabalho e práticas de cuidado.
- **Parâmetros:** recorte de itens a serem observados, que indicam se o serviço está operando com aquela diretriz/focos na prática cotidiana.

Nova Digital Paraíba Impress

- **Situação atual:** descrições/respostas que indicam como o serviço está funcionando ou o que tem implementado quanto aos itens correspondentes.
- **Dificuldades enfrentadas:** descrições/respostas sobre as dificuldades, limitações, problemas observados quanto ao funcionamento ou implementação daqueles itens e daí remetendo-se aos processos e relações institucionais de trabalho.

ACERCA DA "NOTA AVALIATIVA" PARA A SITUAÇÃO ATUAL

A partir da análise, orientamos que você dê uma nota de zero a 5 representando sua avaliação para cada conjunto de itens afins. Para isso, pontuar como zero ao considerar que aqueles itens não estão implementados ou funcionando muito precariamente e 5 ao considerar que estão funcionando o mais próximo do esperado.

Uma outra alternativa para atribuição da "nota avaliativa" pode ser a escala seguinte, já permitindo avistar uma imagem-objetivo para guiar as definições (coletivas) de prioridades e sentido de intervenções.

(1) Inexistente, devendo ser implementado.
(2) Incipiente, exigindo muito esforço para aprimorar.
(3) Intermediário, exigindo pouco esforço para aprimorar.
(4) Avançado, não necessitando incluir como prioridade para aprimorar.

Observação importante:

- Essa é uma perspectiva de avaliação qualitativa e a ideia de "nota" aqui serve apenas como ponto de partida para a reflexão sobre o trabalho, seus desafios e seu papel (puxando análises com o coletivo). Não se trata de uma avaliação para classificação em sentido tradicional, mas sim para ajudar o trabalhador-aluno e as equipes a ampliarem o olhar analítico sobre o seu próprio trabalho. Trata-se, portanto, de uma resposta livre, inicialmente disparada pelo trabalhador-aluno, e desdobrada com as equipes, provocando-se o envolvimento coletivo com a análise e construção de propostas. Isso deve subsidiar uma reflexão sobre as mudanças necessárias e movimentos para isso. Caso queira, complemente seus comentários com a justificativa da nota atribuída.

Nova Digital / Proibida Impressão

BLOCO 1
ANÁLISE DE SITUAÇÃO ATUAL COM BASE EM DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

DIRETRIZES E FOCOS	PARÂMETROS	SITUAÇÃO ATUAL E NOTA AVALIATIVA	DIFICULDADES ENFRENTADAS
DIRETRIZ: COGESTÃO			
Gestão colegiada e participativa: O serviço tem buscado a democratização da gestão, ampliando a participação e corresponsabilização das equipes/trabalhadores nas análises, decisões e na organização dos processos de trabalho, com a estruturação de espaços de gestão compartilhados (colegiados gestores) e ativos	• Colegiado Gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuados • Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e colegiados das áreas/setores • Encontros periódicos de planejamento com participação de representantes de toda a Equipe • Contratos internos de gestão construídos coletivamente, com base em metas acordadas • Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas: dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho		
Gestão participativa aos usuários: Mecanismos de escuta e participação dos usuários (mulheres, familiares, acompanhantes), propiciando condições para corresponsabilização com os procedimentos de cuidado e autonomia	• Conselhos ativos • Ouvidoria • Pesquisas de satisfação de usuários • Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento		
DIRETRIZ: ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO LOCAL DE TRABALHO			
Acolhimento como atitude de abordagem e escuta respeitosa, "acolhedora" e comprometida com respostas que garantam vínculo e responsabilidade com a usuária, sem nenhum tipo de discriminação**(#)**	• Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos • Realização de ACR na porta de entrada 24 horas por dia, todos os dias da semana, baseado em protocolo específico para obstetrícia • Redução do tempo de espera da mulher para ser atendida? • O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo?		
Acolhimento e Classificação de Risco: dispositivos de organização do atendimento, priorizando-se conforme grau de risco			

(#) Acolhimento também como respeito às diversidades étnico-culturais e populações em situação de vulnerabilidade, levando em conta o perfil socioepidemiológico da região. Pressupõe a oferta estratégias compatíveis com necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, etc. Em relação às mulheres indígenas é importante assegurar hábitos alimentares, presença de interprete, adequação da estrutura, tal como o uso de redes, respeito à presença de acompanhantes indígenas (família), entre outras especificidades loco-regionais. No que se refere às usuárias de álcool e outras drogas, em situação de rua, é importante dar agilidade na vinculação das pacientes aos consultórios na rua. Quanto às mulheres em situação de privação de liberdade, garantir o parto humanizado e o estabelecimento de vínculo com a criança.

Nova Digital Prof. da Impress

Estratégias de comunicação para com os Usuários	• Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários • Outras		
"Vaga Sempre" para a gestante e o recém-nascido (RN): Garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade.	• % de mulheres com parto realizado no primeiro serviço • % de mulheres que foram transferidas de outro serviço • % de mulheres que foram transferidas deste serviço • % de RN do serviço encaminhado para a UTI Neonatal própria ou referenciada % de RN encaminhado para UTI Neonatal de outro serviço		
Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional: Considera-se em trabalho compartilhado a equipe que utiliza de vários recursos, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), reunião para discussão de casos, ronda compartilhada, alta compartilhada, prontuário integrado, entre outros.	• Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado • PTS elaborado pela equipe • Reuniões regulares de discussão de casos • Ronda compartilhada • Prontuário integrado		
Equipe horizontal de cuidado: equipe responsável por manter vinculação e comunicação articulada tanto entre profissionais como com usuários.	• Equipe de diarista (mínimo de 4 horas dia) na rotina acompanhando as inter-nações e responsável pelo cuidado de forma compartilhada com as equipes de plantão		
Direito ao Acompanhante: direito de escolher quem acompanhará durante toda a internação (Lei 11.108/2005).	• Mecanismos de estímulo à presença e participação do acompanhante desde os momentos do pré-natal, realização de exames, internação e ao recém-nascido • % de mulheres com acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto		
Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal: direito de permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24h por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal.	• Normas e rotinas escritas e divulgadas a toda equipe acerca da garantia do livre acesso • % de RN internados com livre acesso de acompanhante 24h		
Comitê de aleitamento materno	• Comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento		
Comissão de discussão interna das Mortes Maternas, Infantis e fetais (##)	• Comissão ou Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento • % de óbitos maternos investigados • % de óbitos infantis investigados		

(##) As comissões hospitalares são serviços para investigação do óbito nos hospitais. De acordo com as Portarias GM Nº1119, de 05/06/2008 e GM Nº 72, 11/01/2010, a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os hospitais devem estabelecer Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE). As comissões ou núcleos devem ser compostos por equipes envolvendo direções técnicas, clínicas e de enfermagem. A sua função é "realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos declarados e óbitos de mulher em idade fértil, ocorridos ou atestados em

Versão Digital / Versão Impressa

suas dependências, independente da causa e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria" e "realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria".

DIRETRIZ: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE			
Vinculação da gestante à maternidade de referência: definição de referência territorial para vincular as gestantes a equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado **(###)**	• Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência • Mecanismos de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; Adolescentes, deficiência, má formação...) • Alta responsável: documentos e orientações para mulher e família (ex.: Caderneta; relatório de alta, agendamento; cuidado compartilhado entre maternidade e AB para o RN de risco) • Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade • % de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré-natal		

(###) A Lei nº 11.634/2007 em seu art. 1º estabelece que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. § 1º a vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. § 2º a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. Art. 2º o SUS analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

DIRETRIZ: ATUAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O) OBSTÉTRICA(O) NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA			
Enfermeiras (os) Obstétricas (os) na assistência às mulheres, seus recém-nascidos e família, no pré-natal, parto e puerpério **(em conformidade com as atribuições previstas na atuação profissional)**	• Assistência a gestantes e familiares no PNRH (pré-natal de risco habitual), com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas • Identificação das gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhamento para consulta médica e, se necessário, equipe multidisciplinar • Assistência às gestantes e familiares no PNAR (pré-natal de alto risco) juntamente com o médico e equipe multidisciplinar • Estímulo à mulher quanto ao conhecimento sobre o seu corpo e compreensão das alterações ocorridas de forma que ela possa atuar de maneira mais consciente no seu gestar • Realização de anamnese, para obter histórica clínica específica da mulher • Admissão e assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para parto normal sem distocia		

(*continua*)

Nova Digital - Impressão Proibida

DIRETRIZ: ATUAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O) OBSTÉTRICA(O) NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA			
	• Registro e interpretação dos achados na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (ex.: partograma) • Assistência materno-fetal às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Assistência materno-fetal às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar • Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar • Assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia), com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Identificação de distocias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do médico obstetra • Assistência ao recém-nascido com boa vitalidade ao nascer, no momento do parto, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas • Identificação de alterações na vitalidade do RN ao nascer e tomada de providências necessárias até a chegada do pediatra • Avaliação da puérpera de risco habitual no Alojamento Conjunto, com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas • Avaliação da puérpera de alto risco no Alojamento Conjunto, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar • Incentivo, aconselhamento e ajuda prática no aleitamento materno; • Avaliação do RN, incluindo o primeiro exame físico; • Alta da puérpera de risco habitual • Alta do RN, cuja mãe teve uma gestação de risco habitual, que tenha nascido com boa vitalidade e mantido evolução fisiológica durante a internação; • Assistência às mulheres em situação de abortamento (identificação, apoio e orientações, pós-abortamento) • % de partos normais assistidos por Enfermeiras Obstétricas • % de RNs assistidos por Enfermeiras Obstétricas		

Nova Digital Nuno Lima Impress

DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA			
Métodos não farmacológicos de manejo da dor	• Oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor como massagens, bola, banho, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling • % de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor		
Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN	• Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de glicose oral e contato pele a pele		
Parto em posição não supina	• Estímulo à liberdade de posição e movimento e às posições não supinas durante o trabalho de parto • % de mulheres com parto na posição não supina		
Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto	• Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto • % de mulheres que receberam oferta de líquidos durante trabalho de parto		
Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões	• Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões • Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH • % de partos normais realizados por Enfermeiros obstetras		
Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê: contato pele a pele conforme as indicações previstas nas portarias 371/2014 e 1153/2014	• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de mulheres com contato pele a pele ele		
Amamentação na primeira hora de vida: estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	• Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de RN com amamentação na primeira hora de vida		
Clampeamento de cordão umbilical em tempo oportuno: clampeamento após cessadas as pulsações (aproximadamente de 1 a 5 minutos) para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	• Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento, conforme indicação da portaria		
Cuidado Progressivo Neonatal: serviços com Unidade Neonatal (UTIN, UCINco e UCINca) em funcionamento de acordo com a portaria GM/MS nº 930/2012	• Espaço de convivência para as mães (Sala de atividades, área de deambulação, grupos operativos) e espaço para mães da UCINca lavarem pequenas peças de roupas • Mecanismos que favoreçam a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade		
Presença de Doula durante trabalho de parto	• Nº de mulheres que tiveram apoio de Doulas durante o trabalho de parto		

(*continua*)

Prova Digital Proibida Impressão

DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA			
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento (####)	• Protocolo de atendimento humanizado ao abortamento, seguindo os critérios indicados (##) • Oferta de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento • Oferta de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento • Orientações para as mulheres que desejam nova gestação • Nº. de mulheres atendidas em situação de abortamento		
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual (#####)	• Protocolo de atendimento às situações de violência, seguindo os critérios indicados (####) • Oferta de cuidado imediato às mulheres em situação de violência • Nº. de mulheres em situação de violência atendidas		

(####) O*ferta não só de cuidado imediato às mulheres* adultas, jovens e adolescentes *em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade do atendimento e com disponibilização de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento e orientações para aquelas que desejam nova gestação. A atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, baseia-se nos referenciais éticos, legais e bioéticos. Ênfase nos princípios fundamentais da bioética: (a) autonomia, (b) beneficência, (c) não maleficência e (d) justiça. Deve ser implantado o protocolo de atendimento humanizado ao abortamento de acordo com suas classificações, incluindo as ações de planejamento reprodutivo no serviço e o fluxo definido com a rede loco-regional. Destaque para (i) condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo norma técnica do M/2010, sendo disponibilizada técnica da AMIU (até 12ª IG); a técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com os casos; (ii) oferecimento de métodos contraceptivos: DIU,* injetável mensal ou trimestral; e (iii) orientações para mulheres que desejem nova gravidez.

(#####) O*ferta de atenção qualificada nas situações de violência, especialmente a violência sexual. O atendimento deve ser realizado em local específico no sentido de garantir a necessária privacidade durante a entrevista e os exames. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. Importante identificar se o serviço hospitalar tem protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual implantado ou em processo de implantação com destaque para (i) organização do fluxo intrainstitucional e intersetorial; (ii) garantia de privacidade; (iii) mecanismos para trabalho em equipe; (iv) registro e acompanhamento das notificações por faixa etária; (v) registro e acompanhamento dos procedimentos realizados por faixa etária.*

Nova Digital Profuturo Impress

DIRETRIZ: AMBIÊNCIA			
Ambiência na maternidade: qualidade dos ambientes como espaços adequados para o conforto dos trabalhadores e usuários, especialmente assegurando privacidade e conforto às mulheres e seus acompanhantes.	• Adequação dos ambientes conforme RDC 36 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP		
Ambiência na Neonatologia (UTIN, UCINco, UCINca – Cuidado intermediário convencional e canguru).	• Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo dos leitos • Cadeira/poltrona para acompanhante em toda unidade neonatal • Espaço de convivência para as mães-puérperas		

DIRETRIZ: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO			
Estratégias de Educação Permanente no Serviço: iniciativas de educação permanente, especialmente nos temas relacionados às boas práticas e cuidado obstétrico-neonatal	• Oferta ou viabilização de atividades de educação permanente para as equipes		

DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUNS INTERSETORIAIS			
Relação com Secretaria Estadual de Saúde	• O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil		
Relação com Secretaria Municipal de Saúde	• O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil		
Participação no Fórum Perinatal	• O serviço participa do Fórum Perinatal (municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência		

Fonte:quadro elaborado pelos autores, com base em diretrizes e itens constantes de documentos institucionais do MS e outros relativos à qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento.

Prova Digital – Proibida Impressão

BLOCO 2

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA RELEVANTES	
Nº de partos realizados por mês	
Nº e % de partos normais/mês	
Nº e % de cesáreas	
Nº e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	
Nº e % de cesáreas por principais indicações	
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	
Nº de mortes maternas/ano	
Nº de mortes neonatais/ano	

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

BLOCO 3

FATORES DIFICULTADORES E FACILITADORES PARA OPERAR MUDANÇAS NO SERVIÇO

Baseando nos resultados de suas análises e diagnóstico realizados por meio de conversas com equipes e gestores do serviço, sintetize o que você considera fatores dificultadores/limitadores e facilitadores/favoráveis a mudanças no serviço, no sentido do aprimoramento do modelo de atenção e gestão no campo obstétrico-neonatal.

1) Fatores dificultadores/limitadores
2) Fatores facilitadores/favoráveis

ROTEIRO PARA PROJETO/PLANO DE INTERVENÇÃO

Como se trata de "material aplicado", de utilidade efetiva para o serviço, mas podendo funcionar como trabalhos de conclusão de cursos, aqui buscamos encadear itens de modo a articular também essa finalidade, mas sempre cuidando com o foco de interesse aplicado e na perspectiva operacional.

Nova Distribuição – Proibida Impressão

CONTEXTUALIZAÇÃO

Na proposta do Projeto/Plano de Intervenção/PI (aqui os termos projeto e plano usados livremente), seguindo a concepção trabalhada nos cursos em sua perspectiva de *formação-intervenção,* deve indicar aquilo que serviu de base (e "motivação") para a construção do PI e referenciais que servirão de sustentação para a proposta. É o lugar para demarcar os pontos de vista que o trabalhador-aluno e equipe defendem e situam como cenário e caminho, (i) contextualizando-se nas necessidades concretas do serviço e na contribuição para mudança de modelo de cuidado-gestão no campo obstétrico-neonatal e (ii) enunciando o que se espera ver modificado ou transformado. Deve-se atentar para essa demarcação do cenário, não se confundindo com os procedimentos, ações, etc., que devem ser trazidos em itens e matrizes direcionando as operações pertinentes e em caráter programático.

APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO (QUE SERÁ OBJETO DE ANÁLISE-INTERVENÇÃO)

Apresentação circunstanciada do serviço no qual está inserido. Breve demarcação do contexto de sua criação, estrutura atual (capacidade instalada de recursos, pessoal, capacidade de oferta, etc.), financiamento, clientela atendida (procedência, quantitativo, etc.), serviços ofertados (risco habitual, alto risco, etc.), tipo de integração na rede SUS, Região de Saúde a que pertence, arranjos locorregionais de articulação em rede (se é referência para outros serviços, se tem população vinculada para os partos, etc.), certificações em iniciativas reconhecidas como Hospital amigo da criança ou outro; adesão à Rede Cegonha.

JUSTIFICATIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

Item que deve demarcar a base da intervenção que será proposta, para isso sendo o espaço para uma análise da "situação atual "apontando para uma "situação desejada" ("desejado" aqui não representa "idealizado", mas o que é necessário e possível de ser articulado no coletivo). Para

Nova Digital – Prototipo Impress

isso, toma-se como base o diagnóstico situacional, servindo à seleção ou priorização de problemas. A ampliação das análises, levantando-se os fatores envolvidos nas situações (já pensando nos analisadores situacionais), permite que a seleção não se faça no recorte de problemas pulverizados e superficiais, mas pensando no que revele grandes eixos de entraves importantes na organização, funcionamento, prestação dos serviços, etc. O diagnóstico (análise de situação) feito de forma participativa assegura que a identificação do problema (e sua solução) é algo que interessa às partes envolvidas, evitando que a intervenção seja algo que o trabalhador-aluno vá "idealizar" ou ter a ilusão de que pode realizar sozinho (e como uma prescrição). A análise da situação, portanto envolve a análise dos envolvidos, isto é, de pessoas ou grupos que de alguma forma estão relacionados à situação em que se quer intervir, o que assegura uma visão mais ampla do problema. Ao final, o item de justificativa precisa deixar claro o problema que se pretende equacionar e a realidade que se quer transformar. E começar a indicar a relevância do PI em sua capacidade de contribuir para as mudanças positivas no contexto institucional – quais contribuições, transformações a intervenção proposta trará? Além disso, indicar a relevância do processo (do modo de articular a intervenção) para a própria formação do trabalhador-aluno, para o trabalho coletivo e para os usuários.

REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO

Demarcar dois âmbitos de referenciais teórico-políticos: (i) mencionar e articular brevemente as fontes bibliográficas institucionais (e similares) que orientam a organização de serviços conforme as necessidades e princípios do SUS. São fontes nas quais estão delineadas a concepção e diretrizes de organização da atenção à saúde da mulher e da criança (incluindo as diretrizes de humanização), em especial da atenção obstétrico-neonatal (portarias relacionadas, documentos das políticas nacionais de Saúde da Mulher e da Criança, Rede Cegonha, Política Nacional de Humanização, Relatórios ou artigos derivados de pesquisas institucionais de amplo reconhecimento, como a pesquisa "Nascer-Brasil", Documentos locorregionais norteadores das políticas de saúde da mulher e criança, etc.). (ii) Em outro âmbito, recorrer a fontes relacionadas às análises e intervenções que se propõe fazer. Atentar que não se trata de dissertação teórica, portanto

Nova Digital | Proibida Impressão

apenas trazer o contexto de elementos que estão relacionados com o problema tratado no Projeto. Uma boa referência ajuda a estabelecer a credibilidade e também viabilidade do PI.

OBJETIVOS DO PROJETO

Responde às perguntas: *O que realizar? Para que?* Define o que se quer realizar. Os objetivos devem ser formulados levando em consideração o encaminhamento ou a solução de um problema e os efeitos almejados.

- *Objetivo Geral*: apontam-se, de forma ampla, os benefícios que devem ser alcançados, correspondendo ao "produto/efeito mais amplo". O PI não deve ser visto como um fim em si mesmo, mas como um meio/caminho. O objetivo é base para a metodologia a ser adotada, que deve ser escolhida/construída em seu rumo. Também deve ser coerente, relevante e palpável.
- *Objetivos específicos*: diretamente relacionados ao objetivo geral, formulados como suas partes e também como meios para o âmbito mais geral.

PÚBLICO-ALVO

Também denominado de destinatários, beneficiários, grupo-meta ou coletivo do Projeto. Representa a descrição dos sujeitos/serviço que serão beneficiados com a proposta. Os destinatários podem ser apresentados como beneficiados diretamente (beneficiários diretos) ou de forma indireta (beneficiários indiretos).

METAS

As metas são os efeitos a serem atingidos pelo Projeto e devem ser expressas de forma direcionada (às vezes em termos de quantidades, nos casos pertinentes, e qualidades, na relação com os objetivos específicos). Também devem expressar prazos que serão envolvidos. A definição de metas com elementos quantitativos e qualitativos é necessária para possibili-

Nova Diretriz - Proibida Impressão

tar acompanhamento avaliativo do cumprimento das ações, compromissos, etc. (e avaliar os avanços, lacunas, ajustes, etc., no desenvolvimento do PI). Quando a meta se refere a um determinado setor da população ou a um determinado tipo de organização, devemos informar de forma mais criteriosa os atores a serem beneficiados. Cada objetivo específico pode derivar em uma ou mais metas. Quanto melhor dimensionada estiver uma meta, mais fácil será definir os indicadores que permitirão acompanhar seu alcance. PI com metas torna-se mais direcionado e viável.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Este item tradicionalmente responde ao c*omo* e aqui tem importância especial no Projeto de Intervenção (às vezes confundindo-se com ele) no sentido de indicar os *modos* de desencadear um processo, os *modos de fazer*, os *movimentos* a serem feitos para intermediar o que se deseja fazer/implementar, as *articulações* rumo ao que se propõe, etc. Contempla também a descrição dos recursos e atividades que serão realizadas para produzir ou viabilizar os resultados esperados (produtos ou serviços). E explicita como as atividades propostas serão articuladas, coordenadas e gerenciadas; os sujeitos a serem mobilizados e os responsáveis a assumirem a condução dos processos. No caminho de desenvolvimento dos processos e ações, incluem-se técnicas, como vivências em grupos, oficinas, rodas de conversa avaliativas, jogos e instrumentos como roteiros, questionários, entrevistas, relatórios, material expositivo, cartazes, filmes, dentre outros.

Neste item também devem constar as fases em que deverão ser realizadas as atividades, incluindo um cronograma das atividades (respondendo ao *quando)*. Além de detalhar o período de realização do Projeto, o cronograma permite a visualização da sequência temporal em que as atividades irão acontecer. Na maioria das vezes, as etapas são simultâneas, em alguns momentos mais, outros menos, ajustando-se ao planejamento estabelecido. Tudo isso depende da capacidade de articulação, negociação, decisão e condicionantes do serviço e fatores externos, elementos que compõem a operacionalização do *caminho metodológico na prática* (e tornando-se o desafio de se fazer como caminho político-metodológico).

Observação: atentar para a concepção de intervenção indicada no referencial dos cursos, remetendo-se a perspectivas de disparar movimen-

Nova Digital - Propriedade Impress

tos, articulando equipes/coletivos e elementos em torno da construção de projetos comuns, isto é, compor ações que não sejam simplesmente listadas como necessárias e pertinentes, mas ações representando movimentos estratégicos para a "produção de um comum", possível, construído no coletivo. Assim, escapa-se de reducionismo ou uma visão simplista de intervenção e por outro lado evita-se cair na elaboração de Projetos que se reduzem apenas a uma "carta de intenções". Nesses sentidos, as atividades e técnicas aqui mencionadas devem estar remetidas aos referenciais de "transversalidade e cogestão", estruturantes dos cursos.

ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

Alinhando-se as concepções trazidas neste documento, deve-se articular a seguinte compreensão: a descrição das (i) estratégias metodológicas articula-se a (ii) um planejamento das atividades e (iii) a estratégias de acompanhamento avaliativo, que envolvem múltiplas formas e focos, entre eles: (a) organização e divulgação de relatórios-síntese (parciais e finais) dos processos, ações e resultados (constando inclusive indicadores dos processos e resultados); (b) oficinas e rodas de conversa avaliativas para análise dos processos, desempenhos, resultados, critérios, indicadores, identificação coletiva de problemas com a execução de alguma ação, justificativas pela não execução, redirecionamentos e replanejamentos. Critérios, parâmetros, padrões, indicadores são termos usados em avaliação para designar uma base de referência para julgamento e que devem ser objeto de construções e validações coletivas.

As rodas de conversa servem, transversalmente, ao longo do Projeto, para planejar-avaliar-replanejar. E lembrar que, seguindo o referencial da cogestão, as rodas avaliativas devem ser "inclusivas" em dois sentidos, isto é, (i) incluir trabalhadores e gestores e, sempre que possível, representantes de usuários e (ii) incluir todo tipo de questão/pauta de interesse dos atores envolvidos.

ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

Demarcação de valores/custos necessários para execução das ações do PI. Algumas não envolvem custos especiais, mas outras sim, daí precisando ser

Nova Digital – Propriedade Impress

contempladas nas categorias usuais de desembolso (recursos humanos, aquisição ou aluguel de equipamentos, material de consumo, entre outros).

DIMENSÕES OU CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DA POTÊNCIA DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA TRANSVERSALIDADE

O quadro seguinte apresenta as dimensões propostas para avaliação do *potencial dos planos de intervenção* elaborados pelos trabalhadores-alunos em seus locais de trabalho. Servem ao olhar avaliativo sobre os planos de intervenção, cuidando-se em manter coerência com a sua concepção.

O Projeto tem potência para:
• criar oportunidade (momentos, encontros, espaços) de análise coletiva do trabalho? De ativar espaços coletivos de interação entre as pessoas?
• ampliar a capacidade de análise sobre o trabalho? (melhor compreensão dos fatores que interferem nos processos, nas relações, nos modos de trabalhar e de prestar serviço – olhar crítico sobre fatores que interferem para favorecer ou dificultar uma determinada prática, que favorecem ou dificultam o protagonismo e a corresponsabilização)
• abrir discussões com chefias e/ou atores-chave do serviço (pessoas que exercem influência, formadores de opinião, etc.)?
• modificar a forma de comunicação no trabalho, com mais abertura para diálogo intraequipes e interequipes, intersetores, etc. (maior abertura para comunicação no sentido de abrir caminho para conversar sobre pautas de interesse)?
• ampliar as parcerias e alianças no trabalho?
• mediar a construção de objetivos comuns ao trabalho?
• ampliar a capacidade de pactuação de compromissos acerca de propostas de interesse para o serviço? (Não se trata de negar ou anular as diferenças de pensamento, mas de buscar parceria acerca de propostas que passem a compor um interesse comum ao serviço)?
Busca contemplar:
• a construção de uma agenda para viabilizar os encontros necessários às análises e construções coletivas de ações e compromissos?
• as agendas garantem participação ampliada de todas as categorias de trabalhadores (técnicos, administrativos, serviços gerais, etc.)?
• metas estabelecidas coletivamente?
• a construção coletiva de um plano de trabalho e um planejamento de ações?
• a construção coletiva de um plano de acompanhamento avaliativo das ações, metas e compromissos assumidos?
• o envolvimento de entidades e atores setoriais, intersetoriais, interinstitucionais, que têm relação com os focos de interesse: Secretarias de saúde, Fóruns perinatais, Conselhos, Associações de Classe, Sindicatos, Ministério Público, etc.? (envolvimento em algum âmbito estratégico, como por exemplo para ajudar a respaldar alguns movimentos, para ajudar a esclarecer premissas legais ou outras, etc.)

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

Nova Digital Proibida Impressão

Versão Digital – Proibida Impressão

Versão Digital – Proibida Impressão

Versão Digital – Proibida Impressão