

Avaliação de percepções sobre gestão da clínica em cursos orientados por competência

Assessment of perceptions of clinical management in courses oriented by competency

Romeu Gomes ¹

Roberto de Queiroz Padilha ²

Valéria Vernaschi Lima ²

Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva ³

Abstract *The study aims to assess perceptions of mastery of abilities in clinical management in participants of courses oriented by competency and based on active methodologies of teaching and learning, before and after the offered training process. Three conceptual frameworks were utilized: clinical management, expectation of auto-efficacy, and the holistic concept of competency. Methodologically, an electronic instrument was made available to students of the training courses, adapted to the Likert scale, in two stages: before the courses were undertaken and after their completion. The group of subjects that participated simultaneously in both stages was comprised of 825 trainees. Average, mean, standard deviation, and the Wilcoxon test were utilized in the analysis. Generally, in terms of findings, the perception of mastery of abilities in clinical management increased after the courses, proving a positive contribution of the training process of the students. Among other aspects of their results, it is concluded that the educational initiatives studied, oriented by competency and based in active methodologies of teaching and learning, can obtain the increase in perception of their participants regarding the mastery of abilities present in the competency profile, confirming the study's hypothesis.*

Key words *Assessment, Perception, Clinical management, Competency*

Resumo *O estudo objetiva avaliar percepções de domínio de capacidades em gestão da clínica de participantes de cursos orientados por competência e baseados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, antes e após o processo de formação oferecido. Três marcos conceituais foram utilizados: gestão da clínica, expectativa de autoeficácia e concepção holística de competência. Metodologicamente, disponibilizou-se instrumento eletrônico para alunos de cursos de especialização adaptado da escala de Likert, em dois momentos, antes da realização dos cursos e ao término dos mesmos. O conjunto dos sujeitos que participaram simultaneamente nos dois momentos foi composto de 825 especializandos. Na análise, foram utilizados média, mediana, desvio-padrão e o teste de Wilcoxon. Em termos de resultados, em geral, a percepção de domínio de capacidades em gestão da clínica aumentou após os cursos, evidenciando a contribuição positiva do processo na formação dos especializandos. Conclui-se, dentre outros aspectos, que as iniciativas educacionais estudadas, orientadas por competência e baseadas em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, podem obter, dentre os seus resultados, o aumento da percepção de seus participantes acerca do domínio de capacidades presentes no perfil de competência, confirmando a hipótese do estudo.*

Palavras-chave *Avaliação, Percepção, Gestão da clínica, Competência*

¹ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês. R. Dona Adma Jafet 91, Bela Vista. 01308-050 São Paulo SP Brasil.

romeugo@uol.com.br

² Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

³ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A maior aproximação da gestão e da educação à área da atenção à saúde, ocorrida nas últimas décadas, tem se apoiado em distintos pressupostos e propósitos que resultam numa polissemia de sentidos atribuídos a essas articulações. Desde uma lógica de redução de custos, associada à padronização de condutas e advinda da atenção gerenciada, até uma concepção voltada à ampliação da qualidade de sistemas de saúde, com eficiência e segurança, originada da governança clínica, as dimensões de gestão e de educação vêm produzindo tensões e mudanças na produção de cuidados em saúde¹⁻⁴.

Nesse campo, a terminologia ‘gestão da clínica’ foi introduzida no Brasil por Mendes, no sentido de “desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera”⁵. De modo dialógico, a combinação dessas tecnologias com outras, advindas da organização de sistemas integrados de saúde e de uma abordagem da gestão em saúde, que estimula a autonomia com corresponsabilização dos profissionais e a cogestão nos serviços de saúde⁶⁻¹⁰, vem ampliando as diretrizes da gestão da clínica, particularmente pela valorização da subjetividade na interação entre os sujeitos, no processo de produção de saúde.

A partir desse diálogo e da ampliação de sentidos para a gestão da clínica, um conjunto de iniciativas educacionais, voltadas à combinação de novas capacidades nas áreas de gestão e de educação para profissionais de saúde, vem sendo construídas, a partir de demandas dos gestores do Sistema Único de Saúde-SUS. Nessas iniciativas, o acesso, a integralidade, a qualidade na atenção e a segurança de pacientes e profissionais passaram a ser trabalhadas de modo orientado à: (i) produção de melhoria na saúde das pessoas; (ii) máximo benefício dentro dos recursos disponíveis (articulação e colaboração entre serviços, de modo a obter economia de escala e melhor relação custo-benefício); (iii) transformação das práticas com instituição de padrões de qualidade, humanização e segurança na atenção à saúde; e (iv) ampliação do grau de satisfação e de confiança no SUS^{11,12}.

Considerando esse conjunto de diretrizes, a capacitação de profissionais de saúde para atuarem segundo essa abordagem de gestão da clínica não pode ser reduzida a um único domínio disciplinar e precisa ser contextualizada tanto em relação às características das redes de atenção à saúde, nas quais os profissionais participantes

estejam inseridos, quanto às singularidades das pessoas sob cuidado. Nesse sentido, o desenvolvimento do pensamento estratégico, crítico e reflexivo, voltado à transformação de contextos reais do trabalho em saúde, é elemento fundamental para um processo de capacitação com foco nessa concepção de gestão da clínica^{11,12}.

Assim, as iniciativas educacionais focalizadas nessa investigação utilizam os perfis de competência para selecionar os conteúdos a serem explorados com os educandos. O processo ensino-aprendizagem ocorre a partir de disparadores, que são apresentados no formato de situações-problema reais ou simuladas. O objetivo educacional do processamento de situações-problema é o desenvolvimento de capacidades, segundo perfis de competência.

Os perfis são expressos em áreas de competência, ações-chave e desempenhos. As áreas de competência caracterizam dimensões do exercício profissional que conformam um determinado campo de atuação. O agrupamento dos desempenhos, em núcleos afins, originam as ações-chave que, por sua vez, caracterizam um determinado processo de trabalho. Por serem ações ou atividades relacionadas a uma prática profissional, são fundamentadas por combinações de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras. Essas capacidades devem ser mobilizadas pelos profissionais frente a um desafio da prática, segundo contexto e critérios de excelência^{11,12}.

As iniciativas educacionais em questão utilizaram metodologias ativas, baseadas numa abordagem construtivista da educação, para o desenvolvimento das capacidades que subjazem os desempenhos do perfil de competência. Por meio da exploração de situações-problema, para além dos desempenhos mais específicos da gestão da clínica, as metodologias ativas foram escolhidas como método de aprendizagem porque possibilitam: valorizar os saberes prévios dos participantes; promover pontes entre os problemas do cotidiano do trabalho em saúde e as situações estudadas; estimular a busca e análise crítica de informações científicas; e promover a reflexão frente aos conhecimentos construídos^{11,12}.

Nas metodologias ativas, as necessidades de aprendizagem dos educandos são colocadas no centro do processo de aprendizagem e as representações por eles construídas, no modo de viver a vida e de se relacionar com outros, são trazidas para dentro do processo educacional, que parte desses saberes prévios¹³. Os docentes, diferentemente de transmissores de conhecimentos, passam a apoiar o desenvolvimento de capacidades

dos educandos, orientados pelo respectivo perfil, considerando as áreas de competência e desempenhos¹⁴.

Cabe destacar que, quando as metodologias ativas empregam disparadores de aprendizagem contextualizados na conjuntura social e nos problemas e desafios do trabalho em saúde, buscando contemplar a complexidade da realidade, há uma maior chance do desenvolvimento profissional dos partícipes desse processo ocorrer de modo coerente a um perfil comprometido com a transformação da sociedade^{14,15}.

Uma das formas de se avaliar se uma proposta educativa conseguiu promover o desenvolvimento do perfil de competência proposto consiste em comparar as percepções iniciais de domínio de capacidades dos que buscam a capacitação com as percepções desses participantes acerca dos resultados da formação, no final do curso.

Nesse sentido, não se trata de uma avaliação de desempenho, que requereria uma observação de ações específicas num determinado contexto, mas da percepção dos educandos sobre seu domínio em relação às capacidades que subjazem os desempenhos.

Com base nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é avaliar percepções de domínio de capacidades em gestão da clínica, considerando a perspectiva de participantes de cursos orientados por competência e baseados em metodologias ativas, antes e após o processo de formação oferecido.

As diretrizes de gestão da clínica utilizadas nesses cursos, juntamente com outros dois marcos conceituais, fundamentam a discussão dos resultados encontrados. Como diretrizes foram identificadas as orientações que qualificaram o perfil de competência em três grandes áreas de competência: atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde. As orientações encontradas na área de atenção à saúde focalizaram: a melhoria da qualidade do cuidado em sistemas de saúde, que se expressa por meio da: (i) integralidade da atenção à saúde, tanto em relação às dimensões biológica, psicológica e social como em relação à continuidade do cuidado; e (ii) articulação entre clínica, gestão e educação, nas instâncias micro, meso e macro da saúde. Na área de gestão em saúde, as diretrizes apontaram para a organização do processo de produção dos cuidados em saúde, de modo orientado à agregação de valor à vida e à saúde, com qualidade, efetividade, factibilidade, eficácia e eficiência do cuidado. Finalmente, na área de educação na saúde: a utilização da abordagem educacional construtivista

para promover a aprendizagem das pessoas e das organizações, no sentido da transformação de práticas.

O segundo marco conceitual está baseado na teoria sociocognitiva de Bandura^{16,17}. No interior dessa teoria, uma expectativa de eficácia pessoal é entendida como a convicção que o sujeito tem de realizar com sucesso o comportamento requerido para produzir resultados. Bandura diferencia expectativa de resultado de expectativa de eficácia pessoal, sendo a primeira relacionada a uma estimativa da pessoa que um dado comportamento irá levar a certos resultados, enquanto a segunda diz respeito à convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados¹⁷.

O terceiro marco conceitual diz respeito à concepção de competência e à compreensão dos desempenhos como ações contextualizadas e realizadas segundo critérios de excelência, frente a um problema da prática profissional. Esse enfoque de competência destaca a mobilização de capacidades ou atributos para resolver problemas e enfrentar os imprevistos numa situação de trabalho¹⁸. Dentro dessa concepção, a perspectiva holística ou integrada de competência defende que tanto a subjetividade do trabalhador como suas capacidades psicomotoras e atitudinais, assumem igual importância em relação aos conhecimentos específicos da respectiva área de atuação¹⁹. Já a abordagem dialógica da competência, lastreada na concepção construtivista e na perspectiva integrada, considera que um perfil de competência, em uma determinada época e sociedade, é produto de uma construção social, tecida nas tensões e contradições resultantes da interação dialógica, ao mesmo tempo ambígua e complementar, entre: indivíduo-sociedade; escola-trabalho; sociedade-escola e indivíduo-profissão; trabalhadores-organizações, entre outros. Nesse sentido, é uma construção que resulta num meta ponto de vista²⁰. Os perfis de competência utilizados nos cursos estudados foram construídos segundo a perspectiva holística e a abordagem dialógica de competência^{11,12}.

Ainda em relação à concepção de competência, Schwartz¹⁸ aponta a constante interação entre os elementos que a constituem, destacando: o saber científico, chamado de codificado ou protocolar; e o saber relacionado à singularidade de cada situação. Esse autor aponta que a relação entre “o científico” e “a situação” é mediada por valores, pelo contexto e pelo trabalho coletivo. Nos perfis de competência dos cursos estudados, a tensão entre o protocolar e o singular, assim

como entre o contexto e a interação com outros está presente nos desempenhos das três áreas: gestão, saúde e educação.

A partir dessas considerações iniciais, define-se como hipótese do estudo que a utilização de cursos orientados por competência e baseados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem conseguem promover, dentre os seus resultados, o aumento da percepção de seus participantes acerca do domínio de capacidades, nesse caso, focadas na gestão da clínica.

Metodologia

Este estudo integra uma pesquisa maior – aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês – que consistiu numa avaliação *ex ante* e *ex post* com público-alvo de cursos de especialização que tinham a gestão da clínica como um de seus objetivos educacionais. A análise se volta para a diferença de percepções acerca de domínios que os cursos pretendem modificar no grupo beneficiário. Trata-se de um modelo não-experimental, uma vez que a população de estudo não pode ser comparada com um grupo-testemunha²¹. Na pesquisa maior é utilizada a triangulação²² entre os métodos quantitativos e qualitativos, sendo que neste texto trabalha-se apenas a abordagem quantitativa.

A pesquisa envolveu especializando de oito cursos de especialização, promovidos pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, em parceria com o Ministério da Saúde. Esses cursos ocorreram no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014, sendo que não foram simultâneos. Os cursos foram os seguintes: (1) Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/2ª Edição (GCRS/2ª Edição); (2) Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/3ª Edição (GCRS/3ª Edição); (3) Regulação em Saúde no SUS/2ª Edição (RSUS/2ª Edição); (4) Regulação em Saúde no SUS/3ª Edição (RSUS/3ª Edição); (5) Gestão da Vigilância Sanitária/2ª Edição (GVISA/2ª Edição); (6) Gestão de Emergências em Saúde Pública (GESP); (7) Educação na Saúde para Preceptores do SUS/2ª Edição (RSUSPRECP/2ª Edição); e (8) Educação na Saúde para Preceptores do SUS/3ª Edição (PRECP/3ª Edição).

Neste estudo – parte quantitativa da mencionada pesquisa – trabalhou-se com um instrumento eletrônico, especificamente construído para os objetivos investigados e aplicado em dois momentos: antes da realização dos cursos e ao término dos mesmos. O instrumento foi estru-

turado por três partes: características dos sujeitos da pesquisa (Parte I); questão aberta sobre o conceito de gestão da clínica (Parte II) e questões sobre a percepção do domínio em gestão da clínica (Parte III). Para a última parte foram identificados, nos perfis de competência dos cursos estudados, os desempenhos voltados à gestão da clínica. Destes, foram selecionadas combinações de capacidades que apontariam para uma prática competente em gestão da clínica.

A análise das questões da primeira parte do instrumento foi apresentada em forma de tabelas com distribuição absoluta e proporcional. A segunda parte do instrumento, que não é objeto deste trabalho, teve um tratamento de Pesquisa Qualitativa.

A avaliação da percepção de domínio (Parte III) foi realizada por meio de uma adaptação da escala de Likert²³. Nessa versão da escala, o grau de domínio foi expresso em valores positivos ou altos – associados às declarações de concordância – e valores negativos ou baixos relacionados às declarações de discordância. Os domínios de capacidades foram estabelecidos a partir de ações comuns a todos os cursos. Para cada uma das vinte questões ou variáveis, relativas ao domínio de capacidades (Parte III), havia cinco opções de respostas: “Não domino”; “Domino um pouco”; “Domino”; “Domino medianamente” e “Domino com excelência”.

Das vinte variáveis, seis foram relativas à área de atenção à saúde: (1) identificar necessidades de saúde de uma pessoa; (2) identificar necessidades de saúde de um grupo ou de uma população; (3) construir planos/projetos terapêuticos baseados nas necessidades das pessoas; (4) construir planos baseados nas necessidades de grupos ou populações; (5) promover uma assistência que integre as dimensões biológica, psicológica e sociocultural; (6) adequar planos de atenção à saúde ao contexto da pessoa ou à realidade local. Outras nove foram referidas à área de gestão em saúde: (1) promover negociações e a construção de consensos; (2) identificar possibilidades e dificuldades para a execução de um plano de atenção à saúde; (3) monitorar e avaliar o desenvolvimento e os resultados de planos de atenção à saúde; (4) participar de uma equipe para o desenvolvimento de ações em saúde; (5) coordenar uma equipe para o desenvolvimento de ações em saúde; (6) promover a articulação de ações e serviços de saúde, de modo a construir uma rede de saúde; (7) promover a melhoria da qualidade e segurança da atenção à saúde; (8) organizar o processo de trabalho empregando ferramentas

de acolhimento com classificação de risco, linhas de cuidado, apoio matricial, gestão de caso, auditoria clínica, listas de espera e projetos terapêuticos singulares; (9) utilizar os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade para a melhoria dos processos de trabalho em saúde. Por último, cinco abordaram capacidades da área de educação na saúde: (1) considerar e aproveitar os saberes prévios de pacientes, familiares, responsáveis e de outros profissionais de saúde; (2) utilizar o cotidiano do trabalho em saúde para contribuir com a formação de estudantes e de outros profissionais; (3) acessar bancos de dados remotos e utilizar plataformas virtuais para a educação a distância; (4) basear as ações em evidências científicas e (5) escutar e tolerar ideias e opiniões diferentes das suas próprias opiniões.

Para cada uma dessas opções, foram atribuídos, respectivamente, valores de 1 a 5. O escore total foi obtido pela soma dos valores dos escores das vinte variáveis e foram calculadas as medidas de resumo (média, mediana, desvio-padrão, entre outras).

No primeiro momento, antes do início das atividades com conteúdos específicos dos cursos, 2.016 especializando responderam ao instrumento, correspondendo a 23,1% dos matriculados. No segundo momento, após a realização dos cursos, o quantitativo de resposta foi de 2.386 alunos, correspondendo a 35,3% dos concluintes. Em relação aos que participaram nos dois momentos, o quantitativo foi de 825 especializando, correspondendo a 12,2% dos concluintes (Tabela 1).

Com o objetivo de verificar modificações nas capacidades avaliadas, os participantes que responderam às duas etapas, que correspondem aos sujeitos investigados nessa pesquisa, tiveram suas respostas pareadas, sendo realizada a análise desses resultados. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para Amostras Pareadas²⁴, utilizando o nível de significância de 5%, para verificar possíveis diferenças em cada uma das vinte variáveis relacionadas às capacidades investigadas no instrumento de coleta de dados e também o escore total. Primeiramente, foi avaliado o possível aumento no escore mediano dessas capacidades após o curso. Em seguida, foram verificadas possíveis diferenças nesses escores, em função da região de moradia e do curso realizado.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos especializando segundo os oito cursos pesquisados. Observa-se que 77,6% dos matriculados concluíram seus cursos. Esse percentual variou de 72,4%, no Curso de Gestão de Emergências em Saúde Pública (GESP), até 87,2%, no Curso de Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA)/2ª Edição. Em relação aos alunos que participaram nos dois momentos da pesquisa, chama a atenção o baixo percentual de respondentes nos cursos GVISA/2ª Edição (4,7%) e GESP (4,1%). Talvez esse baixo percentual se deva ao fato de, ao final dos cursos, não ter havido divulgação suficiente quando a última etapa da pesquisa ficou disponível nas plataformas

Tabela 1. Distribuição dos alunos matriculados, concluintes e que participaram dos dois momentos da pesquisa por curso.

Curso	Matriculados	Concluintes		Respondentes	
	N	n	%*	n	%**
PRECP/3ª Edição	1593	1198	75,2	182	15,2
PRECP/2ª Edição	952	716	75,2	43	6,0
GCRS/3ª Edição	1507	1210	80,3	228	18,8
GCRS/2ª Edição	941	722	76,7	71	9,8
GVISA/2ª Edição	467	407	87,2	19	4,7
GESP	912	660	72,4	27	4,1
RSUS/3ª Edição	1462	1162	79,5	175	15,1
RSUS/2ª Edição	884	689	77,9	80	11,6
Total	8718	6764	77,6	825	12,2

* Percentual calculado em relação ao total de matriculados. ** Percentual calculado em relação ao total de concluintes.

dos cursos. Evans e Mathur²⁵ observam que, ao contrário do que se pensa popularmente, os levantamentos online nem sempre obtêm uma maior taxa de resposta em relação aos demais tipos de levantamentos. Às vezes, esses levantamentos conseguem piores taxas do que os demais tipos. Os autores mencionados consideram que as razões de isso ocorrer merecem ser mais estudadas.

Em relação aos respondentes que participaram das duas etapas da pesquisa, houve um predomínio do sexo feminino (83,4%). A faixa-etária de 26 a 35 anos foi a mais frequente (41,0%), seguida da faixa-etária de 36 a 45 anos (32,1%). Mais da metade se declarou de cor branca (58,2%) e a região de residência mais frequente foi a Sudeste (35,2%) (Tabela 2).

No que se refere à formação dos sujeitos da pesquisa, destaca-se um predomínio de graduações e especializações/residências na área da saúde (78,3% e 48,5%, respectivamente), especialmente a Enfermagem (45,5% e 31,3%, respectivamente). Quanto aos cursos *stricto sensu*, observa-se que a grande maioria, à época da coleta de dados, não possuía mestrado (89,0%) e doutorado (97,9%) (Tabela 2).

Em relação ao tempo de experiência na área de gestão em saúde, observa-se que a maioria dos sujeitos possuía entre um e menos de cinco anos de experiência (33,8%), seguido daqueles que possuíam de cinco e menos de dez anos (21,9%) e os que não possuíam esse tipo de experiência (21,8%). A maioria dos sujeitos referiu mais de dez anos de experiência na área de atenção à saúde (38,7%). Entre esses respondentes, 29,1% declararam não possuir experiência na área de educação na saúde, contudo 32,6% declararam um período de experiência entre um e menos de cinco anos. Aproximadamente, a metade dos respondentes não possuía experiência em pesquisa (48,4%) e 24,6% relataram entre um e menos de cinco anos de experiência em pesquisa (Tabela 3).

No tocante à percepção do domínio das capacidades avaliadas, a aplicação do Teste de Wilcoxon para Amostras Pareadas apontou diferenças nos escores totais nas duas fases da pesquisa, ao nível de 5% de significância. O mesmo comportamento foi verificado para as vinte variáveis analisadas que deram origem ao escore total ($p < 0,001$). O escore mediano das diferenças foi de 9 unidades e, assim, podemos concluir, com base nessas informações, que houve um aumento significativo na percepção de domínio das capacidades avaliadas (Tabela 4).

Foram encontradas diferenças significativas nos escores totais em todas as regiões de moradia,

Tabela 2. Distribuição absoluta e proporcional do perfil dos entrevistados.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	137	16,6
Feminino	688	83,4
Faixa-etária		
Até 25 anos	26	3,2
26 a 35 anos	338	41,0
36 a 45 anos	265	32,1
45 a 55 anos	176	21,3
56 a 65 anos	19	2,3
Acima de 65 anos	1	0,1
Cor de pele referida		
Amarela/asiática	22	2,7
Branca	480	58,2
Indígena	3	0,4
Parda	299	36,2
Preta	21	2,5
Região de residência		
Norte	107	13,0
Nordeste	229	27,8
Sudeste	290	35,1
Sul	114	13,8
Centro-Oeste	85	10,3
Graduação		
Administração	32	3,9
Biologia	17	2,1
Enfermagem	375	45,5
Farmácia	31	3,8
Fisioterapia	30	3,6
Fonoaudiologia	3	0,4
Medicina	55	6,7
Medicina Veterinária	4	0,5
Nutrição	13	1,6
Outra área	147	17,8
Psicologia	53	6,4
Serviço Social	58	7,0
Terapia Ocupacional	7	0,8
Especialização/residência		
Administração	46	5,6
Área da saúde	400	48,5
Outra área	252	30,5
Não possui	127	15,4
Mestrado		
Administração	3	0,4
Área da saúde	45	5,4
Outra área	43	5,2
Não possui	734	89,0
Doutorado		
Área da saúde	4	0,5
Outra área	13	1,6
Não possui	808	97,9

ao nível de 5% de significância. Ao analisarmos isoladamente cada uma das variáveis descritas, segundo região de moradia, somente dois itens não apresentaram diferenças significativas: *escutar e tolerar ideias e opiniões diferentes das suas próprias opiniões*, na Região Norte ($p = 0,073$), e *identificar necessidades de saúde de um grupo de pessoas ou uma população*, na Região Centro-Oeste ($p = 0,170$) (Tabela 4). Com base na concepção de Schwartz¹⁸, podemos considerar que essas combinações de capacidades relacionam-se às intervenções que requerem trocas de opiniões/ideias, abordadas de modo direto no primeiro item e de modo indireto no segundo. Ambas implicam o confronto entre diferentes valores e perspectivas, considerando-se os sujeitos envolvidos e suas leituras sobre uma dada situação. Embora essa seja uma dimensão de fundamental importância na concepção de competência, também representa a de maior dificuldade para ser acessada nas iniciativas educacionais. Mesmo considerando que o segundo item também implica um componente mais específico de saberes relacionados à área da saúde, o resultado encontrado nessa variável não

foi igualmente observado em outras com a mesma característica e que poderiam, em conjunto, refletir dificuldades relativas às distintas formações dos especializandos.

Em relação à formação (graduação na área da saúde ou em outras áreas) e experiência em gestão em saúde, os graduados em Administração apresentaram diferenças entre os escores totais nas duas fases da pesquisa. Contudo, somente em onze das vinte capacidades avaliadas foram observadas tais diferenças ($p < 0,05$). Para os graduados na área da Saúde e também para os graduados em outras áreas diferentes da Saúde e da Administração, em todas as capacidades avaliadas e também no escore total foram observadas diferenças nas duas fases da pesquisa ($p < 0,05$).

Para todas as categorias da variável relacionada ao tempo de experiência em Gestão em Saúde foram observadas diferenças nos escores totais e em cada uma das capacidades avaliadas nas duas fases da pesquisa. Também foram encontradas diferenças significativas nos escores totais e em cada uma das capacidades avaliadas no sexo masculino e no feminino ($p < 0,01$).

Tabela 3. Distribuição absoluta e proporcional da experiência dos respondentes segundo áreas.

Experiência	Gestão em Saúde		Atenção à Saúde		Educação na Saúde		Pesquisa	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Não possuo	180	21,8	56	6,8	240	29,1	399	48,4
Menos de um ano	56	6,8	22	2,7	93	11,3	102	12,4
De um a menos de cinco anos	279	33,8	221	26,8	269	32,6	203	24,6
De cinco a menos de dez anos	181	22,0	207	25,1	135	16,3	86	10,4
Mais de dez anos	129	15,6	319	38,6	88	10,7	35	4,2

Tabela 4. Medidas de resumo para a amostra de diferenças (fase 2 – fase 1) do escore total* nas duas fases da pesquisa segundo Curso e Total.

Categorias	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Total de respondentes	107	229	290	114	85	825
Valor mínimo	-22	-20	-29	-19	-24	-29
Valor máximo	43	54	41	41	35	54
Média	8,8	10,0	8,5	10,3	8,3	9,2
Mediana	9,0	9,0	8,0	10,0	6,0	9,0
Percentil 25	0,0	2,0	1,0	4,0	-0,5	2,0
Percentil 75	17,0	17,0	15,0	17,0	17,0	16,0
Desvio-padrão	12,6	11,6	12,3	11,6	11,6	12,0

* O escore total foi formado a partir da soma das respostas sobre o domínio de cada um dos vinte itens sobre capacidades para cada uma das fases.

Por último, foram encontradas diferenças significativas nos escores totais em todos os cursos, ao nível de 5% de significância (Tabela 5). O curso Gestão de Emergências em Saúde Pública, embora tenha mostrado um aumento nas capacidades, quando analisado o escore total foi o que apresentou um menor número de itens, com aumento significativo nas capacidades após a sua realização, sendo 7 entre os 20 itens analisados. No conjunto das 20 variáveis analisadas, duas delas mostraram resultados não significativos em quatro cursos cada, são elas: *participar de uma equipe para o desenvolvimento de ações em saúde e escutar e tolerar ideias e opiniões diferentes das suas próprias opiniões*.

Discussão

Cabe destacar que, embora os cursos investigados tenham sido orientados por competência, o foco investigativo não foi dado à avaliação de desempenho que requereria uma análise das ações em ato. Para além desse aspecto, Schwartz¹⁸ chama a atenção para o grau de dificuldade de se avaliar competência, em função da natureza das três dimensões que a compõem: os saberes codificados, produzidos pela ciência; os saberes históricos, traduzidos na singularidade das situações; e os saberes relacionais, expressos pelos valores construídos nas interações do homem com o meio. Apesar das dificuldades, esse autor destaca a necessidade de enfrentarmos o desafio, tentar fazê-lo.

Nesse sentido, diversos estudos têm buscado uma melhor tradução do perfil de competência de modo que ele possa expressar atividades do trabalho profissional que poderiam ser acreditadas como representativas de uma prática com-

petente, muito mais do que intencionalidades educacionais frequentemente reportadas como indicativas de um perfil de competência²⁶. Considerando a necessidade de uma melhor expressão de atividades que traduzam o que realmente deveria ser feito numa prática competente, as vinte variáveis elaboradas respondem a essa tentativa e, inicialmente, para cada uma delas foi investigada a percepção dos educandos no tocante ao domínio de capacidades que as fundamentam.

Assim, as variáveis investigadas traduziram atividades que representam a determinada concepção de gestão da clínica, levando-se em conta a polissemia existente em torno desse conceito³. Desse modo, como especificidades da concepção utilizada, cabe destacarmos (i) na área de atenção à saúde: a orientação do cuidado às necessidades de saúde individuais e coletivas, tanto na identificação das dimensões biológicas, psicológicas e sociais como na elaboração de planos de cuidado alinhados às necessidades identificadas, como na interação de diferentes perspectivas dos envolvidos; (ii) na área de gestão em saúde: o enfrentamento de problemas e o aproveitamento de oportunidades para a produção de um cuidado em saúde com integralidade, qualidade, eficiência, eficácia, efetividade e segurança, dando ênfase ao trabalho em equipe e em redes de atenção à saúde; e (iii) na área de educação na saúde: o respeito à diversidade de valores e aos saberes prévios das pessoas, a problematização de desafios do trabalho em saúde, e o uso de evidências científicas e de espaços reflexivos para promoverem a transformação das práticas. Particularmente, na área de educação apontamos uma forte concordância entre as capacidades dessa área e aquelas estimuladas pelo uso de metodologias de ensino -aprendizagem.

Tabela 5. Medidas de resumo para a amostra de diferenças (fase 2 – fase 1) do escore total* nas duas fases da pesquisa segundo Curso.

Categorias	Cursos							
	PRECP/ 2ª Edição	GCR/ 2ª Edição	GVISA/ 2ª Edição	GESp	REG/ 2ª Edição	PRECP/ 3ª Edição	GCR/ 3ª Edição	REG/ 3ª Edição
Total de respondentes	43	71	19	27	80	182	228	175
Valor mínimo	-14	-20	-7	-14	-19	-25	-18	-29
Valor máximo	36,0	38,0	43,0	32,0	36,0	41,0	54,0	46,0
Média	10,3	9,5	12,9	5,9	9,3	8,8	11,0	6,9
Mediana	9,0	10,0	11,0	5,0	9,0	7,5	9,0	6,0
Percentil 25	2,0	0,0	1,0	-2,0	1,0	2,0	3,0	0,0
Percentil 75	18,0	17,0	23,0	11,0	15,8	15,0	17,0	14,0
Desvio-padrão	11,1	11,6	14,2	10,2	11,6	11,8	11,9	12,5

* O escore total foi formado a partir da soma das respostas sobre o domínio de cada um dos vinte itens sobre capacidades.

Ao focalizarmos a opinião dos educandos sobre seu domínio de capacidades para uma prática considerada competente em gestão da clínica, buscamos dar visibilidade à percepção desses, antes e após cursos orientados por um determinado perfil de competência e metodologia de ensino. Nesse sentido, ao utilizarmos uma autoavaliação de domínio e não uma verificação de desempenho, buscamos identificar, na perspectiva do mesmo avaliador -educando-, sua percepção de deslocamento, frente às atividades que foram consideradas descritoras de um agir em competência²⁶.

Em relação aos resultados analisados, a percepção de domínio de capacidades de gestão da clínica aumentou após os cursos, evidenciando a contribuição positiva do processo na formação dos especializandos. Nesse sentido, com base no marco conceitual de Bandura^{16,17}, pode-se dizer que os cursos – orientados por competência e baseados em metodologias ativas de ensino e aprendizagem – contribuíram para o aumento da percepção que os especializandos tinham em dominar e mobilizar capacidades relacionadas a uma prática competente em gestão da clínica.

O aumento da percepção sobre esse domínio, apesar de haver uma parcela significativa de especializandos com formação fora da área da saúde, pode ser possivelmente atribuído ao uso das metodologias que promoveram o engajamento e o comprometimento desses participantes com sua aprendizagem. Além desse aspecto, a utilização dessas metodologias, nos cursos, ao promover uma maior interação dos especializandos, em pequenos grupos de trabalho, tende a potencializar a interrelação entre diferentes formações disciplinares.

O estudo de Marin et al.²⁷, que avaliou os resultados de uma pós-graduação multiprofissional em saúde, baseada em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, também concluiu que essas metodologias contribuem para a troca de experiência entre enfermeiros, médicos e outras categorias profissionais. Na identificação de problemas e na formulação de questões, os participantes compartilham saberes e identificam necessidades de aprendizagem²⁰. Isso pode ser potencializado quando há o diálogo de distintas perspectivas, construídas a partir de diferentes formações.

Por outro lado, poder-se-ia argumentar, com base no mencionado marco referencial, que as percepções altas, antes da realização dos cursos, poderiam ter influenciado as altas percepções após os cursos. Esse argumento poderia ser defen-

dido se for entendido que as altas percepções iniciais fossem expressão da crença de autoeficácia.

Outro argumento, que pode relativizar os resultados, é que “o aluno que tem mais expectativas em relação ao envolvimento curricular e vocacional tem seu desempenho aumentado”²⁸. Assim, ampliando para o caso das percepções, as altas expectativas em relação aos cursos influenciaram as altas percepções iniciais que, por sua vez, influenciaram as altas percepções finais, confirmando o aspecto preditivo.

No entanto, esses argumentos podem ser respondidos à luz dos resultados do presente estudo, que levou em conta a influência das metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Essas metodologias, que partem do conhecimento prévio dos participantes e estimulam a busca por novas informações, primam pelo desenvolvimento do pensamento crítico dos educandos. Nesse sentido, ainda que as expectativas iniciais fossem altas, ao longo dos cursos era de se esperar que os participantes conseguissem ter um pensamento crítico acerca dos resultados alcançados, inclusive uma ampliação da própria concepção de competência, o que poderia reduzir a percepção de deslocamento. Assim, a alta percepção de domínio de capacidades em gestão da clínica pode expressar que os participantes creditaram aos cursos seu deslocamento de domínio. O mesmo vale para a autoeficácia. Aqueles especializandos que, por ventura, tivessem tal crença – ao serem incentivados a problematizarem diferentes situações de aprendizagem – também tiveram possibilidades de, além de ressignificar suas experiências passadas, buscar novas formas de compreensão que não integravam seu estoque acumulado em formações ou experiências anteriores.

Cabe destacar que, na percepção dos especializandos, o menor domínio de capacidades relacionadas ao perfil de competência desejada foram encontradas naquelas variáveis que envolviam, em algum grau, a interação com outros, especialmente considerando-se o confronto entre diferentes valores e perspectivas dos sujeitos envolvidos e suas leituras sobre uma dada situação. Esse achado aponta para uma fronteira no desenvolvimento de competência, considerando o desafio de acessar e explorar, no contexto das situações de trabalho, as capacidades relativas ao domínio afetivo. A partir das diferenças observadas nos resultados do segundo curso, regiões e formação, os aspectos culturais e os repertórios acumulados pelos participantes em experiências prévias podem ter sido fatores limitantes na construção de novas capacidades, especialmente

aquelas que, mais fortemente, envolveram a troca de ideias e valores. Para essas variáveis, a necessidade de desenvolvimento de capacidades, mesmo utilizando-se de metodologias ativas, pode ter ficado aquém do perfil desejado.

Por fim, considerando-se o conjunto das variáveis investigadas e resultados obtidos, o aumento da percepção de domínio pode indicar uma avaliação positiva dos cursos. Gonçalves e Mourão²⁹, com base nos seus achados, avaliaram que a alta percepção verificada após um processo de capacitação indicava uma avaliação positiva acerca do programa educacional oferecido por esse ter correspondido às necessidades dos participantes.

Conclusão

Em síntese, foi possível avaliar que as iniciativas educacionais estudadas, orientadas por competência e baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, conseguiram obter, dentre os seus resultados, o aumento da percepção de seus participantes acerca do domínio de capacidades em gestão da clínica, confirmando a hipótese do estudo. Esse aumento foi observado no escore total que se mostrou mais elevado ao final de todos os cursos e também em cada uma das 20 variáveis que compõem o escore total. Cabe apontar que essa percepção reflete a opinião dos educandos em relação ao que consideraram dominar antes dos cursos e após esses.

No tocante aos resultados obtidos, destacamos que a coerência entre a orientação de várias capacidades em gestão da clínica e os pressupostos da abordagem educacional construtivista e das metodologias ativas pode ter sido um fator favorável ao aumento da percepção de domínio. Nesse sentido, a reflexão sobre o trabalho como disparador de aprendizagem e a utilização de saberes prévios em diálogo com evidências científicas são exemplos da referida coerência. Além desses aspectos, a relação entre o ensino centrado no educando e nas suas necessidades de aprendizagem também apresenta forte coerência com atividades da área de saúde do perfil de gestão

da clínica, particularmente quando o cuidado é orientado pela identificação de necessidades de saúde de pessoas e grupos populacionais.

A singularização no processo educacional combina com a singularização da atenção à saúde, que pretende promover uma assistência integral, tanto pela articulação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais das pessoas sob cuidado, como das ações e serviços oferecidos, numa rede de atenção à saúde. Nesse âmbito, as capacidades reflexiva e criativa, valorizadas nas metodologias ativas, são fundamentais para a aplicação de diretrizes clínicas e protocolos, de modo crítico e contextualizado à singularidade das situações do trabalho. Igualmente, são fundamentais para uma atuação em redes de atenção à saúde que primam pelo compromisso de utilizar a gestão para obter resultados que agreguem valor à vida e à saúde das pessoas, garantindo e melhorando a qualidade de processos e produtos.

Finalmente, investigar aspectos que se relacionam à competência envolve uma complexidade relativa à articulação entre padrões científicos, singularidades da situação de trabalho e valores mobilizados¹⁸. Considerando que o recorte dessa pesquisa focalizou a percepção dos participantes sobre o desenvolvimento de capacidades relacionadas ao perfil de competência desejado, os resultados encontrados agregam elementos reflexivos ao desafio de avaliar competência. Em primeiro lugar, pela definição das atividades que indicariam um agir profissional competente²⁶; e, em segundo, pela necessidade de contemplarmos nelas tanto o diálogo entre padrões científicos e singularização das situações de trabalho, como a dimensão que envolve os valores do agir em competência. Mesmo num currículo que se volta para a articulação dessas três dimensões, ainda encontramos a necessidade de ampliar o investimento educacional no desenvolvimento de capacidades relacionais, que envolvem a troca de ideias e valores.

Como limite do estudo apontamos que esses resultados não podem ser extrapolados para o universo de cursos de especialização orientados por competência e baseados em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, uma vez que a amostra não foi desenhada com esse propósito.

Colaboradores

R Gomes participou de todas as fases da pesquisa e na redação do artigo. RQ Padilha, VV Lima e CMFP Silva participaram da fase de análise da pesquisa e na redação do artigo.

Referências

1. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman; 2009.
2. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosoff F. Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314(7097):1823-1826.
3. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF, Petta HL, Oliveira MS, Silva SF, Sampaio SF, Padilha RQ, Machado JLM, Caleman G. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(8):2431-2439.
4. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-65.
5. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [acessado 2015 Jul 7]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
6. Ceccim RB e Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):531-542.
7. Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):315-329.
8. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2000.
9. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
10. Onoko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):573-583.
11. Oliveira MS, Padilha RQ, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM, Silva SF. *Gestão da clínica nas regiões de saúde: caderno do curso 2013*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Ministério da Saúde; 2013. [acessado 2015 Set 4]. Disponível em: http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/AF_Caderno_GCSUS_2013_v2.pdf
12. Padilha RQ, Ramos L, Lima VV, Vecina Neto G, Caleman G, Silva SF. *Gestão da vigilância sanitária: caderno do curso 2013*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013. [acessado 2015 Set 4]. Disponível em: http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/AF_Caderno_GVISA_2013_v2.pdf
13. Bruner J. *Cultura da Educação*. Lisboa: Edições 70; 1996.
14. Gauthier C, Tardiff M. *A pedagogia: teorias e práticas da antiguidade aos nossos dias*. Petrópolis: Vozes; 2010.
15. Perrenoud P. Formar professores em contextos sociais em mudança: prática reflexiva e participação crítica. *Rev. Bras. Educ.* 1999; 12:5-21.
16. Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S, organizadores. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008, p. 15-42.
17. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2):191-215.

18. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ. Soc.* 1998; 19(65):101-139.
19. Gonczi A, Hager P. The Competency Model. In: Peterson P, Baker E, McGaw B, editors. *International Encyclopedia of Education*. Volume 8. Oxford: Elsevier; 2010. p. 403-410
20. Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha RQ, Gomes R, Hortale VH. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1):279-288.
21. Maia JAF. Metodologia para avaliação ex ante e ex post da relevância social de políticas públicas. *Sitientibus* 2008; 38:35-56. 2008. [acessado 2013 Jul 24]. Disponível em: http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/38/3_metodologia_para_avaliacao_ex_ante_e_ex_post.pdf
22. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
23. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932; 140:1 55.
24. Triola MF. *Introdução à Estatística*. Rio de Janeiro: LTC Editora; 2005.
25. Evans JR, Mathur A. The value of online surveys. *Internet Research* 2005; 15(2):195 - 219
26. ten Cate O, Billett S. Competency-based medical education: origins, perspectives and potentialities. *Medical Education* 2014; 48(3):325-332.
27. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):331-344.
28. Gomes G, Soares AB. Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitário. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2013; 26(4):780-789.
29. Gonçalves A, Mourão L. A expectativa em relação ao treinamento influencia o impacto das ações de capacitação? *RAP — Rio de Janeiro* 2011; 45(2):483-513.

Artigo apresentado em 15/09/2015

Aprovado em 11/01/2016

Versão final apresentada em 13/01/2016