

O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde

Mara Regina Lemes De Sordi^(a)
 César Vinicius Miranda Lopes^(b)
 Sidney Marcel Domingues^(c)
 Eliana Goldfarb Cyrino^(d)

Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. The potential of formative evaluation on the change processes of professional healthcare education. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:731-42.

This paper presents an evaluation model aimed at inducing changes in professional healthcare education in line with the principles of the Brazilian Health System (SUS). We discuss the strengths and weaknesses of the Pro-PET-Health program from the perspective of local players, expressed in reports that guided evaluation visits conducted by advisors from Brazil's Ministry of Health. The data confirm positive effects in the relationship between schools and health services with differentiated advances in the curriculum and courses, and in the involvement of institutions and students in healthcare networks by expanding commitment to the SUS. Weaknesses were identified in the sustainability of programs that require guaranteeing conditions from institutions for large-scale involvement of all students in the programs and activities developed by the expansion of partnerships with municipalities and health regions to empower this program.

Keywords: Educational Evaluation. Processes and results evaluation (Health care). Health Education. Health National Programs.

Apresenta-se um modelo avaliativo voltado para a indução de mudanças da formação dos profissionais da saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Discutem-se potências e fragilidades dos programas Pró-PET-Saúde a partir das percepções dos atores locais, expressas em relatórios que nortearam a visita de avaliação realizada por assessores do Ministério da Saúde, conduzida na perspectiva formativa. Os dados confirmam repercussões positivas: na relação escolas e serviços de saúde, com avanços diferenciados na dinâmica curricular dos cursos; e no envolvimento de instituições e estudantes nas redes de atenção à saúde, com ampliação do compromisso com o SUS. Fragilidades são apontadas na sustentabilidade dos programas que requerem, das instituições, garantia de condições para o envolvimento, em larga escala, de todos os estudantes nas atividades desenvolvidas pelos programas, e ampliação das parcerias com os municípios e as regiões de saúde para firmamento desta agenda.

Palavras-chave: Avaliação educacional. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). Educação em saúde. Programas nacionais de saúde.

^(a) Departamento de Estudos e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Rua Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, São Paulo, Brasil. 13083-865. maradesordi@uol.com.br

^(b) Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. cesarviniciuslopes@gmail.com

^(c) Departamento de Gestão da Educação na Saúde, SGTES, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. smdomi@yahoo.com.br

^(d) SGTES, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. eliana.cyrino@saude.gov.br

Introdução

Vivemos tempos marcados pelo culto à avaliação, que, muitas vezes, tem sido confundida com mera mensuração dos resultados descolados dos processos que os originam e dos fatores que nestes interferem. Muitos advogam que posturas avaliativas centradas no controle dos resultados põem a perder os efeitos benéficos propiciados pela avaliação quando esta formativamente instiga momentos de parada reflexiva, que provoca os atores a discutirem: as intencionalidades do processo, os fins almejados que os induzem a processos decisórios consequentes, responsabilmente negociados em nome de aprendizagens igualmente isentas de neutralidade.

A Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), ao pronunciar-se sobre o modelo de avaliação desejado para monitorar os desdobramentos de um de seus programas, o Programa de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) – articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), o PET-Vigilância à Saúde e o PET-Redes de atenção¹⁻⁴ –, realça a avaliação como espaço pedagógico e político a serviço de aprendizagens significativas do ponto de vista social e dependente dos atores que atuam nos programas selecionados pelos editais do MS. Para tal, delibera pela inclusão dos assessores do referido programa no processo de formulação e implementação de ações avaliativas capazes de acelerar as mudanças desejadas. Ao se pronunciarem sobre as características da avaliação a serem assumidas nas visitas *in loco*, amplia-se o pertencimento e a implicação dos assessores com a política ministerial.

Tratou-se de delinear modelo avaliatório que, propositivamente, reagisse às formas de controle que comumente levam as IES a se comportarem de modo dúbio frente às avaliações externas^{5,6}. A ideia era produzir outras relações no binômio avaliador/avaliados, levando-os a exercitarem novos posicionamentos capazes de impulsionar os programas a avançarem na direção das políticas do MS.

As políticas do MS colocam em relevo um novo agir em saúde pela adoção dos princípios: da educação pelo trabalho, da interprofissionalidade, da articulação entre escolas e serviços, da diversificação dos cenários de aprendizagens, de práticas pedagógicas inovadoras que se apoiam em metodologias inovadoras⁴, entre outras. Estes pressupostos requerem mudanças substantivas na forma de gestão dos Projetos Pedagógicos dos cursos, e buscam reestabelecer parcerias entre escolas e serviços de saúde para que a histórica cisão teoria e prática possa ser enfrentada. Este texto apresenta os contornos do modelo avaliatório adotado pela política ministerial, e realça as similitudes deste com os princípios do SUS na condição de ordenador da formação dos profissionais da saúde. A seguir, examina as potências e as fragilidades dos programas captadas pelos assessores ao conduzirem o processo de avaliação na perspectiva de uma parceria crítica com os atores locais. Finalmente, discute as contribuições de processos de responsabilização participativa para a efetivação de políticas públicas de alta repercussão social.

A concepção do modelo de avaliação: princípios e processos

Não há como negar o apoio decisivo que o MS, por intermédio da SGTES, tem dado para que mudanças no eixo da formação dos profissionais da saúde se efetivem de modo aderente às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Apoio este que tem ocorrido de modos múltiplos, inclusive, na forma de editais que convocam as IES a apresentarem projetos de ensino e de pesquisa que garantam condições objetivas para que experiências inovadoras possam ser implementadas.

Espera-se, gradualmente, construir a sustentabilidade destes programas, o que sinalizaria uma adesão não pró-forma das universidades e, menos ainda, condicionada ao aporte de verbas que podem, eventualmente, sofrer descontinuidades em função de mudanças políticas incontrolláveis. Isso se coaduna com a necessidade de se fortalecerem os atores locais, pois será a partir de suas intervenções que a realidade se transformará. A avaliação pode servir para intensificar as trocas entre atores sociais diferentemente situados, porém, igualmente comprometidos com a reconfiguração dos processos de trabalho e de ensino em saúde.

Desta forma, a reprodução dos modelos usuais de avaliação de programas ensejaria a repetição das mesmas respostas institucionais, mantendo em plano secundário as estratégias de compromisso com as mudanças⁷.

Compreendida esta questão pelos assessores, assumiu-se como postura metodológica pensar um modelo avaliativo que se identificasse com os pressupostos do SUS presentes nos diferentes programas indutores de mudanças nos cursos de graduação em saúde criados pelas políticas ministeriais. Um modelo avaliativo que fosse edificado enfrentando as históricas dicotomias: centro/periferia; externo/interno; produto/processo; quantidade/qualidade.

A avaliação deve ensejar ações de *acolhimento* entre os atores, independente do lugar que ocupam na cena avaliativa. Neste cenário, as relações comportam diálogo, escuta e confronto honesto de posições como suas marcas típicas. Nem por isso a avaliação deixa de ser rigorosa, pois ambiciona rupturas substantivas que “tocam” os atores de modo singular. Sua radicalidade reside naquilo que define como inegociável, ou seja, a aderência aos novos valores da formação dos profissionais da saúde em função das necessidades e direitos da população brasileira, admitindo-se a historicidade dos processos locais.

A avaliação como processo intersubjetivo e expressão de práticas sociais conflituosas precisa reconfigurar-se para não constranger encontros entre atores, que, mesmo diferentemente situados, valorizam a comunicação e a participação plural que comporta o respeito à alteridade e a *contratualização* de estratégias que acenem para as possibilidades de mudanças coletivamente assumidas.

Os processos subjetivos não se encontram ao lado, como componente interveniente ou indesejável do/ no processo avaliativo. Eles compõem o objeto avaliado e compõem as práticas de humanização: a produção de serviços (inovados) dá-se de forma inseparável da produção de sujeitos e essa produção de novos sujeitos singulares passa necessariamente pela construção de um novo plano de subjetivação, forçosamente coletivo.⁸ (p. 261)

Pretende-se, à semelhança dos mecanismos de humanização presentes no SUS, que a avaliação dos programas ministeriais engendre processos de trabalho horizontalizados, polifônicos, que conduzam a consensos capazes de fazer avançar a experiência inovadora da formação em saúde. A polifonia é sempre derivada da multiplicidade de atores que dialogam e, assim, exercitam a *interprofissionalidade* em ato.

A hegemonia do avaliador externo cujo olhar se superpõe à realidade dos avaliados é contestada, cedendo espaço à *participação e comunicação* responsáveis e comprometidas entre avaliadores e avaliados, ambos a serviço do novo processo de formação dos profissionais da saúde referenciado pelas DCN e pelas diretrizes do SUS. Não há como desconsiderar o efeito nem sempre positivo da “presença do avaliador externo” nos cursos, quando este subestima a importância do *vínculo* com os atores locais. Em nome de um modo pretensamente neutro de avaliar, opta-se pela penalização do processo relacional, comprometendo-se o entendimento da avaliação como ato de comunicação com os outros. Deriva daí que, tão logo cessa a visita, retorna-se ao rotineiro jeito de fazer. A opção pela exterioridade do olhar e do julgamento impede que movimentos de interpelação do vivido possam acontecer entre os atores, subtraindo a potência formativa do encontro.

Múltiplos protagonistas em ação devem somar-se na leitura entrecruzada que fazem da realidade vivida. As relações de poder historicamente instituídas precisam ser problematizadas e superadas, no entanto, cada ato avaliativo deve ser analisado de modo multidimensional, buscando a *integralidade* da cena, rompendo com a cisão todo/parte.

Não se pretende anular a contribuição dos avaliadores externos no que tange ao acréscimo de outras percepções e eventuais contradições presentes nos processos locais que ancoram os programas ministeriais. Trata-se apenas de os colocar em *relação dialógica*, sem que se desperdice a experiência dos avaliadores (connoisseurship no dizer de Eisner)⁹.

O pilar que sustenta a avaliação que busca reafirmar as políticas públicas de saúde e seus respectivos programas inicia-se com o esforço de *autoconhecimento local*. Este autoconhecimento é respaldado por um roteiro que faz circular alguns quesitos que orientam (não restringem) o processo reflexivo desenvolvido pela Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), prevista no edital de seleção¹ e lócus considerado pela SGTES como estratégico para a gestão dos processos de mudança.

Este movimento interno rumo à identificação de potencialidades e fragilidades prepara o diálogo com o avaliador designado pelo ministério (assessor), que assume a figura do amigo/parceiro crítico¹⁰. Nesta condição, o diálogo é construído de forma horizontal entre os atores que simultaneamente aprendem, ensinam e se avaliam mutuamente, assim como avaliam o processo de implementação dos programas e o contexto local, regional e nacional que o afetam.

Ao ponto de partida proposto (autoavaliação interna), se acrescentam momentos descritos por Afonso¹¹ como de justificação e responsabilização. Ou seja, uma vez tendo a CGAL reconhecido seu estágio atual na implementação do programa, compete, aos membros atuantes nesta instância, em diálogo com o parceiro crítico designado pelo MS, examinarem e problematizarem conjunta e complementarmente as razões técnicas, éticas e ou políticas que interferiram nos resultados parciais do processo. Isso posto, ganha-se condição para juntos ainda exercitarem a *responsabilização participativa*. Neste estágio, o grupo, já na fase do confronto honesto de posições¹², discute com rigor o processo, exercendo o *controle social* sobre o combinado, e, com legitimidade, questiona compromissos, estabelece demandas multilaterais, sinalizando os caminhos a percorrer, bem como as condições objetivas a serem garantidas pelo poder público local ou central para garantir o avanço dos programas em uma linha de tempo claramente demarcada, a qual referencia nova aproximação avaliativa (natureza formativa da avaliação).

Nesta sequência, o movimento é dialógico e a responsabilização deixa de ser vertical e meritocrática, como ocorre nas formas de *accountability*, que tem sido a tônica da avaliação de políticas públicas na atualidade. A responsabilização participativa é reconhecida como forma de *accountability* inteligente, que aproxima os atores e os coloca em sinergismo rumo à qualificação do processo.

Podemos entender que este modelo de avaliação, pensado a partir das categorias valorizadas pelas DCN, e perpassado pelos princípios do SUS, é, de certa forma, híbrido, posto que se engendra de modo a que os assessores mantenham sua responsabilidade externa junto aos programas, exercendo sua autoridade técnica e política sem autoritarismo sobre os avaliados. Orientados pelo compromisso da formatividade, nem por isso se descuidam dos aspectos somativos (resultados da intervenção).

A mediação do parceiro crítico se assemelha às duas faces de Janus, exercitando olhares ora para o passado ora para o futuro. Neste movimento, faz emergir o “entre” das coisas, que os modelos verticais da avaliação-controle teimam em fazer desaparecer.

Segundo Santos Filho et al.⁸, o “entre” é fazer aparecer uma dimensão da realidade que não se expressa a partir de limites rígidos definidos por identidades e formas instituídas. 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 instituídas resultantes das práticas. “[...] a avaliação pode desestabilizar os objetos instituídos e liberar, explicitar, potencializar as forças instituintes que esteja interferindo vivamente naquela realidade e que podem engendrar novas realidades. Existe nesta aposta, uma inseparabilidade entre avaliar e intervir” (p. 262).

Outra analogia com os princípios do SUS e das DCN é conceber e implementar uma relação avaliativa movida pelos princípios da *educação pelo trabalho e no trabalho*. Ou seja, o avaliador mergulha na realidade local e constrói possibilidades de contratualização com os “nativos”¹³, e leva a ambos os atores (nativos e estrangeiros) a se desafiarem mutuamente a produzirem novos conhecimentos, saberes e sabores na ruptura paradigmática que enfrentam de modo solidário, não necessariamente harmônico, mas na perspectiva da amorosidade ensinada por Freire¹⁴.

Um olhar para a realidade dos programas: a avaliação a serviço das aprendizagens

Descreveremos, na sequência, resultados preliminares de pesquisa avaliativa que desenvolvemos junto a projetos aprovados pelo edital do Pro-Pet Saúde¹, de 2011. Trata-se de um estudo transversal,

descritivo e exploratório, que utilizou, como fontes de pesquisa, os relatórios do primeiro ano de execução dos projetos produzidos pelos participantes dos programas e que descrevem as atividades e encaminhamentos realizados. A estratégia adotada para avaliação das informações contidas nos relatórios foi a análise documental, que consiste na organização do conteúdo pesquisado em fontes oficiais, porém, não cientificamente trabalhadas¹⁵.

A pesquisa contou com a elaboração de um questionamento inicial – o problema da pesquisa –, o qual orientou a análise das informações. Desta forma, foi possível a realização de uma leitura hermenêutica, e não apenas literal, da documentação, com uma compreensão real e contextualizada do que se intencionou estudar¹⁶. A análise documental passou pela etapa de localização das fontes e sua catalogação, criando arquivos individualizados, e sua organização significou processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como: fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio, resultando em quadros, ou banco de dados de informações, que sintetizassem todo conteúdo de interesse¹⁷.

Segundo Sá-Silva et al.¹⁸, o processo de análise de conteúdo dos documentos deveria contemplar os seguintes pontos: o contexto da elaboração do documento; as intenções do autor; a autenticidade; a confiabilidade e a natureza do texto; e, por fim, os conceitos-chave e sua lógica interna. Ainda segundo os autores, a decisão, pelo pesquisador, sobre a unidade de análise é que define a forma de apropriação da informação: na unidade de registro, importam os segmentos específicos do conteúdo, determinando, por exemplo, a frequência com que aparece no texto (uma palavra; um tema; ou um determinado item); enquanto, para unidade de contexto, pode ser mais importante explorar o contexto em que um determinado fenômeno ocorre, e não apenas sua frequência.

Neste estudo, optou-se pela análise a partir da unidade de contexto, orientando-se com base em cinco eixos que compõem o relatório: desenvolvimento do projeto; articulação ensino-serviço-comunidade; sustentabilidade; vinculação do estudante com o serviço; e as prioridades locais, regionais, articulação da pesquisa com a proposta e com o curso de graduação envolvido.

Inicialmente, foi estabelecido um critério de inclusão para análise, o qual consistia em selecionar aleatoriamente os relatórios, buscando contemplar as cinco regiões brasileiras de forma equânime, e respeitando, também, a saturação das informações coletadas a partir do questionamento estabelecido para a leitura dos mesmos, ou seja, identificar quais eram as fragilidades e potencialidades na execução e acompanhamento dos projetos submetidos ao Pró-Pet Saúde. Assim, de um universo de cento e vinte relatórios que foram submetidos à SGTES/MS, concluiu-se a leitura de 44 relatórios (37%), estando distribuídos da seguinte forma: região norte (sete); região nordeste (11); região centro-oeste (quatro); região sudeste (13) e região sul (nove). É importante salientar que foi preservado o anonimato das IES, garantindo, assim, a privacidade das informações.

Nossa hipótese era a de que a relação de confiança construída pela díade avaliador/avaliados, consoante os princípios do modelo avaliativo ora em xeque, repercutiria no teor dos relatórios, levando-os a transcender a qualidade formal e avançar na qualidade política, contribuindo para iluminar os processos decisórios do MS e das IES implicadas.

A leitura dos relatórios permitiu discutir os dados a partir das categorias a seguir:

Mudanças no projeto pedagógico dos cursos fomentadas pelo Pró-PET

Nesta categoria, observamos que a repercussão dos programas pode ser considerada significativa se levarmos em conta a presença ainda hegemônica de uma forma de pensar o ensino na área da saúde como algo ligado às especialidades no *locus* preferencial do hospital, e quase sempre centrada em práticas profissionais isoladas e hierarquizadas. As falas denotam vários avanços concretos (instituição de disciplinas integradas, proposição de projetos articuladores, mudanças curriculares mais densas ou, pelo menos, o início das reflexões no interior dos cursos). Admite-se certa resistência no âmbito dos colegas dos cursos no sentido de se mudarem as práticas pedagógicas e as formas de relação com os serviços, mas, também, se levantam as dificuldades de ordem logística para se apoiarem as mudanças em curso.

- ✓ Mudou o preconceito com relação ao SUS e há maior número de professores envolvidos com as atividades na atenção básica de saúde.
- ✓ Contribuiu para ampliar a discussão sobre o perfil do profissional de saúde. Alunos mais comprometidos com os problemas de saúde da população e com maior autonomia na atuação profissional.
- ✓ Ainda estamos em fase de reflexão, discussão e amadurecimento sobre os ajustes curriculares necessários nos cursos.
- ✓ Todos os 11 cursos participam de atividades integradas de estímulo à profissionalização docente e institucionalização dos programas de avaliação curricular.
- ✓ Compreendemos que a estruturação da universidade em unidades de saúde isoladas, independentes, por curso, é um entrave e um elemento limitante da prática multidisciplinar e interprofissional para além da experiência PET.
- ✓ Criação de disciplina complementar de graduação intitulada formação profissional interdisciplinar para o SUS, ofertada para os acadêmicos de todos os cursos da área.
- ✓ Vivências nos cenários de prática permitem avaliar o desenvolvimento do Projeto, por meio dos relatos de experiências bem-sucedidas acerca do contato dos alunos com as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde.
- ✓ A reforma curricular que aconteceu recentemente levou em consideração a possibilidade de fazer o PET-Saúde quando da distribuição de turnos livres dentro da grade curricular.
- ✓ Alguns professores modificaram as estratégias de atividades na rede municipal de saúde e passaram a discutir a proposta metodológica com os técnicos da secretaria.
- ✓ As dificuldades impostas pelo modelo de formação tradicional ainda necessitam de movimentos para a sensibilização de diversos professores da graduação.
- ✓ A proposta tem gerado mudanças efetivas nos planos pedagógicos dos cursos envolvidos, pois o olhar acadêmico fica mais sensível para os problemas de Saúde Pública.

Articulações entre Pró-PET e as instâncias colegiadas locorregionais

Nesta categoria, nos interessou auscultar como os programas que o MS subsidia se inserem na dinâmica institucional tanto das escolas como dos serviços de saúde. Nosso pressuposto foi o de perceber se a inserção dos programas ocorre de modo central ou periférico, tanto em relação ao projeto pedagógico dos cursos como das políticas locorregionais. Vemos que deriva destas alianças a própria sustentabilidade dos programas pela via da institucionalidade. Uma vez mais o quantum de avanços varia de realidade para realidade. O que desperta interesse é o fato de que, por meio do diálogo avaliativo entre os assessores do MS e os partícipes da CGAL, estas alianças passam a ser examinadas de modo mais rigoroso e estratégico, incorporando esta preocupação no plano de intervenção pós-avaliação. Observa-se que a atitude do amigo crítico que perpassa o processo de avaliação auxilia a esclarecer os atores locais acerca de aspectos ainda dúbios presentes nos editais do MS, legitimando a atuação dos assessores *in loco*. Esta nova característica da visita avaliativa passa a ser valorizada pelos participantes dos programas que, de modo frequente, passam a convidar o assessor para outras atividades, construindo, de certo modo, um círculo virtuoso da avaliação no qual cabem: o diálogo, a interpelação sobre as práticas e a formulação de demandas multilaterais, permitindo antever sinais de uma responsabilização participativa, horizontal e incluyente.

- ✓ Todos os coordenadores dos programas da universidade que atuam em parceria com o MS compõem a CGAL, uma vez que o reitor achou prudente fazer apenas uma comissão sob a coordenação da UNASUS.
- ✓ Articulação com o Núcleo Docente Estruturante (NDE) está possibilitando diálogo, porém as mudanças ainda não puderam ser implementadas por questões financeiras.
- ✓ Na subcomissão de ensino de atenção primária, estão em discussão as possíveis interações entre os cursos como medicina, fisioterapia, enfermagem, fono e terapia ocupacional, com a intenção de compatibilizar as grades para maior interação entre os alunos.

- ✓ Os PP não refletem os avanços ocorridos nas atividades práticas dos estágios e nos projetos de extensão que acontecem na rede do SUS.
- ✓ Os preceptores têm atuado na academia para a reorientação da formação profissional em cada um dos cursos para que esta ocorra em sincronismo com as principais demandas da rede de saúde local.
- ✓ Estamos numa fase ainda incipiente. Os tutores se insinuam nos colegiados de curso procurando sensibilizar os atores para aproveitar, na matriz curricular, o esforço do Pró-PET, busca-se maior acolhimento por parte da gestão das IES.
- ✓ Surgiram vários espaços de negociação, discussão, planejamento e estratégias de melhoria para a atuação conjunta da universidade e serviço junto à comunidade. A parceria permitiu que os profissionais que atuam na rede do SUS se envolvessem na formação dos graduandos e se reaproximassem da academia buscando pós-graduação.
- ✓ Estabelecemos parceria mediante termo de compromisso entre as instituições.
- ✓ A secretaria participou desde a elaboração do projeto para concorrer ao edital trazendo demandas, escolhendo preceptores e locais da prática. Entretanto as constantes mudanças ocorridas na gestão dificultaram o melhor andamento das ações.
- ✓ A parceria foi consolidada pela definição pactuada dos espaços de atuação dos grupos tutoriais e da exploração de linhas temáticas de interesse dos serviços de saúde do município.
- ✓ A SMS, a partir de suas demandas institucionais, elaborou projetos e procurou a universidade para ela encaminhar o Pró-Saúde.
- ✓ A criação da Comissão de gestão foi mecanismo importante para assegurar a permanência, confirmar a participação das pessoas no processo de planejamento, e dar credibilidade e formalidade ao trabalho de todos. A aproximação ensino-serviço deve ser pactuada por ambos e não pode ser pautada de forma personalizada, pois há rotatividade das pessoas nas IES e nos serviços.
- ✓ Há dificuldades para compor o comitê gestor com membros representativos dos Conselhos Municipais locais.
- ✓ O envolvimento está relativamente bom com pequena descontinuidade no período de troca de gestão municipal.
- ✓ Para estimular a participação do controle social, marcamos reuniões itinerantes do conselho gestor nos diferentes espaços institucionais.

Sustentabilidade dos programas

Esta categoria recolhe excertos que dão conta da disposição das IES para garantir condições objetivas para que os programas ministeriais não sofram descontinuidades, posto que estes qualificam o processo de formação dos profissionais da saúde e requerem certa assunção de responsabilidades das instâncias locais para que os mesmos não sejam *ad infinito* dependentes das verbas externas para poderem acontecer.

- ✓ Estabelecemos discussões contínuas e articuladas com coordenadores de curso, órgãos colegiados, NDE, diretoria, assessoria pedagógica, na tentativa de complementação das bolsas, tendo em vista a importância dos projetos e a transformação curricular, integração ensino-serviço e ampliação dos cenários de prática.
- ✓ Têm sido estimulados projetos de avaliação destes programas para ver a contribuição na inovação /mudança curricular.
- ✓ A ampliação destas bolsas tem sido discutida de maneira ampla com os candidatos à reitoria dentro das reivindicações dos cursos da saúde. Em paralelo, existem iniciativas para reforçar e valorizar a participação dos profissionais das Secretarias de Saúde municipais e estaduais nos cursos de graduação.
- ✓ Os auxílios financeiros concedidos aos preceptores são fundamentais para o acolhimento de acadêmicos nas unidades de saúde e, para acadêmicos, um fator motivacional para seu engajamento nessa atividade.

- ✓ No próximo ano, a universidade abrirá cotas de bolsa para os cursos da saúde na proposta PET-Saúde.
- ✓ Todos os monitores voluntários foram contemplados com bolsas institucionais para desenvolverem ações do PET-Saúde.
- ✓ Não há movimento na instituição para a complementação de bolsas ou institucionalização das mesmas
- ✓ Não existe este movimento e os cursos envolvidos não acreditam que haverá em algum momento, pois a Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de orçamento.
- ✓ A universidade conseguiu bolsas para preceptoria de internos e residentes. A Secretaria busca oficializar sistema de pagamento de bolsas de educação pelo trabalho para a realização de projetos locais.
- ✓ Há discussão de como instituir forma diferenciada para os profissionais envolvidos no projeto que não seja, necessariamente, na forma de bolsa.
- ✓ Possibilidade de se configurarem, pelas SMS, planos de carreira para os profissionais ligados ao ensino.
- ✓ A iniciativa do Pró-PET apenas foi parabenizada pelas Pró-Reitorias, mas sem apoios efetivos, sem recursos.
- ✓ Não há boa articulação com as Pró-Reitorias, e estas assumem papel passivo conhecendo o Pró-PET, permitindo e apoiando seu funcionamento mas não assumindo um papel de promoção e incorporação.
- ✓ A proposta Pró-PET é um desdobramento de todo um processo que se iniciou com o Pró-Saúde I e II e com o PET-Saúde da Família. Desta forma, este processo de aproximação e articulação com as instâncias formais de instituição de ensino vem evoluindo e se consolidando ao longo dos anos.
- ✓ A articulação com os colegiados do curso sofre resistências. Em reuniões com o NDE, foram abordados o projeto, metas, indicadores, e solicitada participação ativa do colegiado por meio de ideias e ações; contudo, a adesão não foi a esperada.

As repercussões para os estudantes

Nesta categoria, objetivou-se destacar em que aspectos os programas ministeriais apontam para melhoria nas experiências de ensino e aprendizagem dos estudantes da saúde. É bastante presente a valorização da atividade investigativa a partir dos problemas que emanam dos serviços e que afetam a rede de cuidados. Os estudantes parecem beneficiados com as experiências que compartilham com os preceptores e que os aproximam do princípio educativo da educação no e pelo trabalho. Ainda é tímida a aprendizagem da educação interprofissional, porém, em algumas realidades, esta meta já é pautada, confirmando a heterogeneidade dos cursos, contextos locorregionais e protagonismo dos atores que buscam ativar mudanças nos cenários da saúde.

- ✓ Formamos grupos interdisciplinares que atuam nos serviços tendo a ferramenta da pesquisa para a fixação nos serviços.
- ✓ Alguns estudantes têm desenvolvido seus projetos de TCC em articulação com o Pró-PET.
- ✓ Eles participam das decisões sobre o que pesquisar, em que aspectos intervir no serviço mediante as necessidades existentes e percebidas pelo grupo.
- ✓ Após o desenvolvimento das ações, os resultados são transformados em dados que poderão gerar publicações, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico do estudante e do profissional dos serviços.
- ✓ Ainda há muita queixa de colisão com as atividades acadêmicas regulares.
- ✓ Equipes mais antigas no projeto ajudam nos processos de mudanças com inserção gradual dos ingressantes. Estes são acolhidos em rodízio de atividades para conhecerem o percurso vivido e inserção no momento atual do projeto.
- ✓ Ocorre aprendizado contínuo no cotidiano das atividades de pesquisa- ação, que é uma metodologia que mais se adequa aos propósitos do PET-Saúde.

- ✓ Tem sido reforçado que o projeto é do grupo, da equipe de saúde, e este tem sido um dos elementos de extremo sucesso nos nossos grupos PET.
- ✓ A integração entre as disciplinas ocorre por meio da articulação das atividades entre preceptores e alunos. Em alguns cenários de prática onde reúnem-se alunos bolsistas e não bolsistas, há dificuldades com a integração das atividades, inclusive nos mesmos cursos de graduação.
- ✓ As atividades interprofissionais/multiprofissionais têm oportunizado o desenvolvimento de ações conjuntas entre alunos de cursos distintos da graduação, assim como de profissionais preceptores e tutores de distintas áreas da saúde.
- ✓ Ações entre alunos de diferentes cursos estão dificultadas devido à grade horária, de modo que os estudantes vão em momentos distintos aos serviços de saúde.
- ✓ Há considerável evasão discente por motivos diferentes (atração por outras bolsas, PIBIC, Ciência sem Fronteiras).

Repercussões do Pró-PET nos serviços de saúde

Há sinalizações expressivas de mudanças positivas produzidas pelo Pró-PET na realidade dos serviços, estimulando o engajamento dos profissionais de saúde na formação dos futuros egressos dos cursos e recuperando a importância da educação permanente como um dos braços estratégicos das políticas de saúde.

- ✓ A inserção no PET-Saúde da família influenciou preceptores na decisão de fazerem cursos de capacitação.
- ✓ A inserção do PET nos serviços identificou problemas nos processos de trabalho das equipes; e as questões foram discutidas e pactuadas entre os grupos e a direção dos serviços, na perspectiva de colaborar para a resolução de problemas e aperfeiçoamento do processo de trabalho.
- ✓ O maior benefício tem sido acostumar os funcionários dos SUS com os estudantes, transformando o espaço acadêmico e tornando o cenário mais receptivo.
- ✓ Os dados levantados têm contribuído para a caracterização da rede de atenção à saúde com o processo de des-hospitalização e ao geoprocessamento nos óbitos materno-infantis no território.
- ✓ Tem possibilitado a ampliação da visão da preceptoria com relação à responsabilização da formação profissional, o que reflete na proposição de oficinas elaboradas pela preceptoria e estudantes.
- ✓ Outra forma de qualificar os serviços foi acolher outros projetos que já aconteciam na UBS fortalecendo o trabalho dos profissionais.
- ✓ Investimentos na rede têm sido priorizados para os locais de atuação do PET-Saúde.
- ✓ A SMS está instituindo a Rede SUS-ESCOLA visando à integração ensino-serviço-comunidade.

As repercussões do Pró-PET prejudicadas pelo atraso das verbas ministeriais

Muitos gestores apontam que os reconhecidos e esperados avanços decorrentes dos Programas têm sido penalizados pelos trâmites administrativos ligados ao MS e que afetam o custeio. Esta categoria colocou novos desafios aos assessores quando da visita *in loco*. E confirmou a riqueza de processos de responsabilização participativa nos quais as demandas são sempre multidirecionais. Observa-se que, no modelo avaliativo proposto, o assessor cumpre dupla função: avaliar o que ocorre na realidade dos cursos e serviços envolvidos nos programas financiados; e, simultaneamente, avaliar o apoio logístico que o próprio MS deve garantir para que as atividades possam ser desenvolvidas e avaliadas em seu alcance numa determinada linha de tempo. Esta postura mediadora exigiu que fossem reportados, também, ao MS os lapsos na condução do processo e a necessidade de rever e destravar os pontos de estrangulamento, sob pena de se prejudicar o alcance dos objetivos do Pro-Pet.

- ✓ Esta articulação ainda está falha, pois não recebemos recursos e temos feito poucos eventos de integração.
- ✓ Atraso na execução por causa da greve e dos recursos que não foram repassados. Não recebemos nada ainda.
- ✓ Inúmeras atividades foram prejudicadas pelo atraso no repasse, desfavorecendo a integração.

À guisa de conclusão

Cabe uma palavra acerca dos desdobramentos destes dados obtidos pela leitura dos relatórios enviados pela comissão gestora dos programas. Estes foram importantes para organizarem o diálogo avaliativo entre assessores do MS e os atores locais, permitindo trocas vivas e intensas sobre seus significados em termos de forças propulsoras e/ou refreadoras dos projetos de mudança na área da saúde. Os avaliadores comprometidos com a assunção do papel de amigo crítico junto aos programas exercitaram a escuta sensível dos argumentos que a CGAL apresentava, apontando fragilidades e zonas de conflito na forma de implementação dos programas ministeriais. Simultaneamente, ouviram as formas criativas com que cada CGAL enfrentou as vicissitudes locais e avançou na forma de produzir saúde, e uma rede de cuidados humanizada e equânime no SUS. Como amigo crítico, os assessores desenvolveram papel ativo e propositivo, negociando com os atores locais possibilidades e estratégias no sentido de fortalecer a CGAL como instância de pactuação, deliberação e monitoramento das metas dos programas; e, assim, o que se viu foi um resgate da avaliação como categoria a serviço de aprendizagens inovadoras presentes nas DCN para os cursos da saúde e de acordo com os princípios, o desenvolvimento e a qualificação do SUS. Coube ainda, aos assessores, na condição de amigo crítico, reportarem, ao nível central, as contradições do processo de implementação destas políticas, dando visibilidade às demandas locais sempre que estas fossem consideradas legítimas.

Este processo avaliativo, encetado pela SGTES para cumprir função inequívoca de monitoramento responsável dos programas em desenvolvimento, se inscreve como esforço de avaliação formativa, inspirado nos princípios da responsabilização participativa defendida por Freitas⁵.

Dada a complexidade que afeta os processos de mudança paradigmática no ensino da saúde, podemos antever que não faz sentido desperdiçar nenhuma oportunidade para esclarecer os sentidos inequívocos das mudanças em curso e em disputa. Para tal, o uso político da avaliação não pode ser desprezado, em especial, por seu forte poder indutor, pois como nos aponta Chaves¹⁹:

A formação brasileira na área da saúde, ao longo dos tempos, avança no sentido de atender as orientações políticas do setor da saúde, sobretudo se pensarmos as necessidades impostas pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a imposição política, mesmo que advinda de movimentos sociais, que marcaram fortemente o campo das políticas públicas no setor, não garante o movimento de mudanças na formação. (p. 327)

A proposição de modelos avaliativos orientados pela vocação formativa e dialogada com os atores favorece que, também neste espaço, se possa aprender e ensinar uma nova cultura de avaliação que escape ao burocratismo e que possa ser explorada de modo intenso, claramente referenciado aos fins que postula e que, em nosso caso, envolvem os princípios do SUS como ordenadores da formação em saúde. Tal aprendizagem ocorreu processualmente a partir da postura relacional estabelecida entre assessores e avaliados desde o início da interação, mediados por instrumento avaliativo construído pelos assessores, e que fomentava a compreensão das categorias-chave do Pró-PET-Saúde. Usou-se a força indutora da avaliação para que atores locais e centrais dialogassem de modo implicado e plural, ressignificando os sentidos da avaliação como categoria qualificadora de projetos inovadores no campo da formação em saúde. Estes abarcam um processo avaliativo na perspectiva de se avançar na produção de práticas de cuidado abrangentes e que possam “adequar-se à realidade de cada usuário de saúde e seu contexto social”²⁰ (p. 253), de cada território, de cada cidade, de cada região. Um encontro que contribua para a produção de serviços de saúde que ultrapassem o anunciado, o delineado, o prescrito¹⁹, na complexa relação e integração entre IES e serviços, que necessita da rede de saúde⁴, do trabalho interprofissional, em grupo e intersetorial, para abranger o cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS.

Enfim, como nos apresenta Santos²¹ (p. 322) “... só há uma saída: reinventar o futuro, abrir um novo horizonte de possibilidades, cartografado por alternativas radicais às que deixaram de ser”.

Colaboradores

Todos os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Edital de Convocação nº 24, de 15 de dezembro de 2011. Brasília, DF: SGTES; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 754, de 18 de abril de 2012. Altera a Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial União. 20 abr 2012;Seção 1:47.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 28, de 22 de novembro de 2012. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Vigilância em Saúde PET/VS - 2013/2014. Diário Oficial União. 23 nov 2012;Seção 3:171.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 14, de 8 de março de 2013. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Redes de Atenção à Saúde - Pet-Saúde/Redes, 2013/2015. Diário Oficial União. 11 mar 2013;Seção 3:116-9.
5. Freitas LC. Qualidade negociada: avaliação e contra-regulação na escola pública. *Educ Soc.* 2005;26(92):911-33.
6. Sordi MRL, Ludke M. Avaliação institucional participativa em escolas de ensino fundamental: o fortalecimento dos atores locais. In: Leite D, organizador. *Avaliação participativa e qualidade: os atores locais em foco*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 155-72.
7. Ângulo FR. O planejamento da qualificação da escola: o leigo graal da mudança educacional. In: Javier Murillo F, Munoz Repiso M, organizadores. *A qualificação da escola: um novo enfoque*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 103-33.
8. Santos Filho S, Souza TP, Gonçalves L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde. Considerações metodológicas. In: Campos RO, Furtado JP, organizadores. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Editora da Unicamp; 2011. p. 257-78.
9. Eisner EW. *The art of educational evaluation: a personal view*. London: Falmer; 1985.
10. Meuret D, Macbeath J, Jakobsen L, Schartz M. *A história de Serena: viajando rumo a uma escola melhor*. Portugal: Asa; 2000.
11. Afonso AJ. Para uma conceptualização alternativa de accountability em educação. *Educ Soc.* 2012;33(119):471-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302012000200008>
12. Babier R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
13. Batista ND, Silva SHB. *O professor de medicina*. São Paulo: Loyola; 1998.
14. Freire P. *Pedagogia da esperança*. 15a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.
15. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
16. Corsetti B. A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Educação da Unisinos. *UNIrevista*. 2006;1(1):32-46.

17. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad Pesqui.* 2001;1(114):179-95.
18. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindane JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciênc Soc.* 2009;1(1):1-15.
19. Chaves SE. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: no ensino de graduação em Enfermagem. *Interface (Botucatu).* 2014;18(49):325-36.
20. Lontero MP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu).* 2014;18(49):251-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
21. Santos BS. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.* São Paulo: Cortez; 1997.

Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. El potencial de la evaluación formativa en los procesos de cambio de la formación de profesionales de salud. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 Supl 1:731-42.

El estudio presenta el modelo de evaluación enfocado a inducir cambios en la formación de los profesionales de la salud con los principios del Sistema Brasileño de Salud (SUS). Permite evaluar los beneficios y debilidades de los programas Pro-PET-Salud, desde la percepción de los actores locales, expresada por medio de informes que guiaron la visita de evaluación realizada por los asesores del Ministerio de Salud. Los datos confirman efecto positivo: la relación entre escuelas y servicios con avances diferenciados en el plan de estudios y el curso; participación de los estudiantes en las instituciones y las redes de atención de salud mediante la ampliación del compromiso con el SUS. Las debilidades se identifican en la sostenibilidad de los programas que requieren condiciones para participación masiva de estudiantes en los programas en asociación con los municipios y regiones de salud para confirmación de este programa.

Palabras clave: Evaluación educacional. Evaluación de Procesos y Resultados (Atención de Salud). Educación en salud. Programas nacionales de salud.

Recebido em 03/11/14. Aprovado em 13/03/15.